# COMPRENDRE

Archive International pour l'Anthropologie
et la Psychopathologie Phénoménologiques

*Rivista fondata nel 1988 da Lorenzo Calvi*

19

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ
ITALIANA PER LA PSICOPATOLOGIA

LA GARANGOLA - PADOVA

# COMPRENDRE

Archive International pour l'Anthropologie
et la Psychopathologie Phénoménologiques

ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ
ITALIANA PER LA PSICOPATOLOGIA

www.rivistacomprendre.org

Redattore capo:
**Gilberto Di Petta**

Comitato di redazione:
**Andrea Carlo Ballerini**, **Ludovico Cappellari**,
**Mario Rossi Monti**, **Giovanni Stanghellini**

Comitato scientifico:
**Arnaldo Ballerini**, **Bruno Callieri**, **Lorenzo Calvi**, **Georges Charbonneau**, **Antonello Correale**, **Riccardo Dalle Luche**, **Giampaolo Di Piazza**, **Giovanni Gozzetti**, **Federico Leoni**, **Clara Muscatello**, **Paolo Scudellari**, **Paolo Verri**

Redazione:
**Gilberto Di Petta**
I Trav. Diaz, 5
I-80026 Casoria (NA)

Editor:
**Giuseppe Riva**

Amministrazione:
**«La Garangola»** - via Montona, 4
Tel e fax 049.8750550; c.c.p. n° 17772351
I-35137 Padova

Stampa «La Garangola» - Padova
© Copyright «LA GARANGOLA» - Via Montona, 4 - 35137 Padova - Tel. e fax 049.8750550

# NORME PER GLI AUTORI

COMPRENDRE viene pubblicata ogni anno e accoglie lavori originali di ricerca e riflessione nel campo delle psicopatologie e delle antropologie fenomenologiche ed ermeneutiche in lingua italiana, inglese o francese, sottoposti alla valutazione di *referees*. I lavori devono essere inviati al Dr. Gilberto Di Petta, Redattore Capo di COMPRENDRE, per posta elettronica (gilbertodipetta@alice.it) o posta tradizionale (I Trav. Diaz, 5 - 80026 Casoria (NA))

I lavori, se non accettati, verranno restituiti all'Autore con un giudizio scritto. Per quelli accettati è richiesto l'invio del testo definitivo e corretto, in osservanza delle norme editoriali riportate in questa pagina.

La rivista pubblica inoltre brevi recensioni e schede filmografiche di opere di interesse psicopatologico e fenomenologico ed avvisi di iniziative editoriali, congressuali, scientifiche.

*1. Bibliografia*

Ogni lavoro deve essere corredato dalla bibliografia essenziale delle opere citate.

La bibliografia deve essere redatta in ordine alfabetico, secondo le seguenti norme e caratteri:

*a)* citazione di articolo di rivista: cognome di ogni Autore seguito dall'iniziale del nome, titolo del lavoro. Titolo della rivista, anno di edizione, volume, fascicolo, pagina iniziale e finale dell'articolo.

Esempio: Bracken P.J.: *The importance of Heidegger for Psychiatry*. PHILOSOPHY, PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY, Juin 1999, VI, 2: 83-85

*b)* citazione di articolo (o *Introduzione* o *Premessa* o capitolo ecc.) di un libro: cognome di ogni Autore seguito dall'iniziale del nome, titolo dell'articolo, cognome e iniziale del nome dei curatori, titolo del libro, volume, pagina iniziale e finale dell'articolo. Casa editrice, luogo di edizione, anno di edizione.

Esempio: Lichtenberg J.D.: *La teoria di Pao: origini e futuri sviluppi*, in Feinsilver D.B. (a cura di): *Un modello comprensivo dei disturbi schizofrenici*, pp. 75-97. R. Cortina, Milano, 1990

*c)* citazione di libro: cognome di ogni Autore seguito dall'iniziale del nome, titolo del libro, volume. Casa editrice, luogo di edizione, anno di edizione.

Esempio: Luban Plozza B., Pozzi U.: *I Gruppi Balint*. Piccin, Padova, 1986

La bibliografia deve essere preferibilmente riportata in lingua originale. Se un'opera è stata tradotta e si vuole citare la traduzione, all'indicazione in lingua originale bisogna aggiungere la citazione nella lingua tradotta, preceduta dall'espressione: trad. it./fr./ingl. etc.

La citazione nel testo, in rimando alla bibliografia, si fa mettendo fra parentesi: il cognome dell'Autore (seguito da *et al.* se più d'uno), l'anno di edizione dell'opera (se del medesimo Autore vi sono più voci bibliografiche), il numero delle pagine citate; altrimenti, se già indicato nel testo l'Autore, i soli numeri di pagina. In presenza di traduzione, i numeri pagina si riferiscono ad essa.

Esempio: (Rossi, p. 365) oppure (Rossi, 1979, pp. 12-17) altrimenti (pp. 12-17)

Nel caso in cui due citazioni risultino uguali relativamente agli Autori e all'anno di edizione, per differenziarle si aggiungerà a quest'ultimo una lettera dell'alfabeto, progressiva, sia nel testo che nella bibliografia.

*2. Tabelle e figure*

Nel testo bisogna indicare la posizione ove si desidera collocare (all'incirca) le tabelle o le figure, che devono essere progressivamente numerate. Dovrà essere indicata una sintetica intestazione sia per le tabelle che per le figure (didascalia).

*3. Estratti*

È prevista, su richiesta, la fornitura di estratti il cui costo resta a carico degli Autori. Il numero degli estratti richiesto deve essere comunicato all'atto della restituzione delle bozze corrette.

*4. Distribuzione*

a) Soci della Società Italiana per la Psicopatologia, in regola con la quota.

b) A chiunque a prezzo di costo, con richiesta diretta all'Editore.

c) la rivista è liberamente disponibile *on-line* al sito: www.rivistacomprendre.org

# INDICE

*PRESENTAZIONE*..... *p.* 7

*EDITORIALE*..... 9

* * *

*A. Ballerini*
LA FENOMENOLOGIA E LA CURA..... 13

*B. Callieri*
LA DIMENSIONE AMBIGUA
DELL'INCONTRO CON LO PSICOTICO..... 24

*L. Calvi*
EPOCHÈ, PRASSI MIMETICA E NEURONI SPECCHIO..... 34

*A. Correale*
I TRE PIANI DELLA FORMAZIONE..... 44

*N. Delladio*
FENOMENOLOGIA E PSICOTERAPIA: UNA RICERCA
SUL CONTRIBUTO DELLA RIVISTA COMPRENDRE..... 63

*G. Di Petta, A. Di Cintio, A. Valdevit, A. Cangiano*
"*SABOTAGE DU DESTIN*":
PSICOTERAPIA FENOMENOLOGICA
DELLE SINDROMI PARANOIDI NEI TOSSICOMANI..... 90

*G. Di Piazza*
PERSONALITÀ PARANOICALE E *MOBBING*:
PSICOPATOLOGIA DI UN FENOMENO ALLA MODA..... 133

*E. Ferrari*
PSICOPATOLOGIA E *ZEITGEIST*.
L'ESPERIENZA DEL PANICO..... 145

*A. Fusilli, M. Rossi Monti*
*REPULSION*
OVVERO DELLA METAMORFOSI DEL PATICO E DEL PRATICO
NEL MONDO DI CAROL LEDOUX.
UNA RIFLESSIONE ANALITICO-FENOMENOLOGICA
SU UN FILM DI ROMAN POLANSKI……..... 171

*M. Musalek*
DÉPRESSION ET DOULEUR, DÉPERSONNALISATION
ET RE-PERSONNALISATION…… 185

*D. Napolitani*
IDENTITÀ, ALTERITÀ, CULTURE…… 195

*C. Pastore*
IL MONDO DEL DELIRIO.
NOTE INTRODUTTIVE ALL'IPOTESI DELLA
RICODIFICAZIONE SENSORIALE DEI PROCESSI NOETICI.. 238

*G. Stanghellini, A. Ambrosini, R. Ciglia, A. Fusilli*
IL PROBLEMA DEL "DISTURBO GENERATORE"…… 260

* * *

*R. Dalle Luche*
UNA STANZA DELLA CRISI PER I "TOSSICI"…… 271

*G. Di Petta*
TRA *LEIB* E *KÖRPER*:
PER UN'ANTROPOLOGIA PSICOSOMATICA…… 275

*C. Muscelli*
ERWIN STRAUS
E L'ANALISI STRUTTURALE DELLE OSSESSIONI…….. 281

* * *

X CORSO RESIDENZIALE DI PSICOPATOLOGIA
FENOMENOLOGICA: *Programma e Presentazione*..... 287

# PRESENTAZIONE

*Quando ho avuto in mano il fascicolo di* COMPRENDRE *offerto ad Arnaldo Ballerini per festeggiare i suoi ottant'anni, mi sono detto che anch'io non ero lontano da questo traguardo. Ricorrenza convenzionale, si dice, ed invece no, perché la biologia vieta di considerarla trascurabile. Nello stesso tempo ho riflettuto che nell'anno 2008* COMPRENDRE *faceva vent'anni ed ho concluso che potevo "lasciare". Anche qui: molti hanno detto che avrei potuto continuare. Ma perché privare un altro d'una fatica così esaltante? Perché sottrarre ad un altro le soddisfazioni che si possono avere "facendo"* COMPRENDRE*? Perché togliere a me stesso la gioia di scrivere queste righe avendo davanti le bozze di questo fascicolo della rivista? Fascicolo che dice da solo quanto sia stata indovinata la decisione di Arnaldo Ballerini e mia di affidare a Gilberto Di Petta la redazione di* COMPRENDRE*.*

*Grande è il mio piacere di vedere camminare con le gambe di un altro la rivista, che ho concepito vent'anni fa e per la quale ho speso per vent'anni una parte non indifferente della mia giornata.*

*Non dirò nulla sulla nascita di* COMPRENDRE *e sui suoi primi passi, perché in queste pagine il giovane Nicola Delladio ne parla diffusamente.*

*Secondo l'uso, questa "paginetta", come si dice a scuola, dovrebbe essere un commiato dai lettori: ma io ai lettori di* COMPRENDRE *sarò sempre vicino. Non perderò però l'occasione per ringraziarli per la loro attenzione e la loro fiducia. Ringrazio caldamente i collaboratori e soprattutto quelli che mi hanno assecondato nelle mie indicazioni. Ringrazio la Società Italiana per la Psicopatologia nella persona del suo presidente, Prof. Arnaldo Ballerini, che da anni sostiene moralmente e finanziariamente la rivista.*

*A tutti, ed a Gilberto Di Petta in particolare, vadano i miei più fervidi auguri.*

*Lorenzo Calvi*

# EDITORIALE

*Raunai le fronde sparte*
Dante

*Chers amis*,

a partire da questo numero, il diciannovesimo, assumo la responsabilità della redazione di COMPRENDRE. Non senza una grande commozione, pertanto, raccolgo il mandato conferitomi da Lorenzo Calvi e dal Direttivo della Società Italiana per la Psicopatologia. Spero di essere all'altezza della non lunghissima, ma significativa storia di questa Rivista, unica nel suo genere, e, soprattutto, all'altezza del suo futuro, che con tutti voi mi auguro che sia, se mai questo fosse possibile, ancora più ricco.

La rivista COMPRENDRE, dal 1988 ad oggi, ha compiuto gloriosamente e, quasi inaspettatamente, il giro di boa del suo primo ventennio.

Siamo tutti immensamente grati al fondatore, Lorenzo Calvi, di questo che, negli anni, si è rivelato essere il *manuscriptum*, per i primi tempi canovaccio di fogli ciclostilati quasi *clandestinamente*[1] passanti *de manu in manum*, dove il discorso della Psicopatologia fenomenologica ha trovato la possibilità di tenersi brillantemente in vita e di raggiungere gli appassionati, anche, e soprattutto, Oltralpe. L'esperienza riferita più volte da Arnaldo Ballerini è capitata a diversi di noi: sentirsi chiedere all'estero, da colleghi molto ben quotati, con una sorta di mal-

[1] «[…] inizialmente ciclostilata – come i fogli clandestini di ogni movimento di liberazione – e con il significativo sottotitolo di *lettre entre des amis* […]» (A. Ballerini, *Psicopatologia fenomenologica: percorsi di lettura*, p. 115, CIC, Roma, 2002).

celato pudore, come fare per avere l'ultimo numero di COMPRENDRE. Autori come Tellenbach, Kuhn, Azorin, Barison, Kimura, Rovaletti, Blankenburg, Charbonneau, Eng, Lantéri-Laura, Parnas, Fuchs e Kraus, in questi venti anni, non hanno mai disdegnato di pubblicare propri lavori inediti su questo incredibile, *utopico*, libero "*Journal de bord*", come lo definiva Calvi nel suo editoriale al primo numero, che, per l'appunto, cominciava proprio con l'allocuzione con cui, per onore di tradizione e per continuità di intenti, ho cominciato io questo editoriale: «*Chers amis...*».

Ma cos'è, esattamente, con voi, *chers amis*, qui mi domando, che COMPRENDRE ha rappresentato in questi anni? Qual è il *fil rouge* che COMPRENDRE ha contribuito ad evidenziare nella sfrangiatura dei discorsi possibili?

Più che un *corpus* dottrinario statico e di senso compiuto, infatti, COMPRENDRE, in questi anni, ha evidenziato il carattere frastagliato della Psicopatologia fenomenologica, che è divenuta, durante un secolo di contributi, una sorta di mosaico fluido, un eterogeneo amalgama, dentro il quale hanno trovato posto e incrocio diverse prospettive, diverse posizioni.

Ad ogni modo l'eterogeneità, la contaminazione, la coesistenza di diversi paradigmi in seno all'orizzonte fenomenologico rappresentano proprio la vivacità di questo orientamento, costellazione, movimento. Ma COMPRENDRE è stata, anche, e forse al di là delle sue intenzioni, la prima nucleazione "cartacea" delle voci di quella che oggi, a pieno diritto, Georges Charbonneau ha definito, in uno degli ultimi numeri della rivista L'ART DU COMPRENDRE (fondata nel 1994 con Philippe Forget) come *l'École Italienne de Psychopathologie phénoménologique*.

Questa che oggi, anche grazie a COMPRENDRE, è la Scuola italiana di Psicopatologia fenomenologica, ha iniziato a muovere i suoi primi passi nel Secondo dopoguerra, con Danilo Cargnello e con un ritardo di circa un quarto di secolo sulla restante fioritura europea. Questo le ha consentito, tuttavia, di godere di una tradizione ormai rigogliosa, e, al tempo stesso, di sbocciare in un clima culturale assai complesso, quello del ventennio Settanta-Novanta, tra rinnovamento sociale, affermazione del paradigma psicoanalitico, diffusione dell'impostazione neurobiologica e infine, più di recente, crisi profonda di tutti questi paradigmi. Il peculiare sviluppo territoriale della psichiatria italiana da una parte, la mancanza di una solida (e dunque vincolante) tradizione psichiatrica come quella francese o quella tedesca dall'altra, hanno creato, nel nostro Paese, quel clima di antagonismi diametrali tra il paradigma scientista e quello sociale, inframezzati da una dimensione psicologistica poi frantumata in mille rivoli. In questo contesto, incredibilmente, il *quid*

*novum* rappresentato dalla fenomenologia, pur sostenuta da *rari nantes in gurgite vasto*, sta proprio in questo suo ambiguo radicarsi: da una parte nel concreto inaggirabile della clinica, dall'altro nel trascendentalismo della cultura filosofica. Questo le ha consentito di fare da interfaccia anche con i movimenti dell'antropologia culturale (De Martino, Callieri) e, più recentemente, dell'etnopsichiatria.

Ma il compito che COMPRENDRE si propone è anche, soprattutto, quello di reclutare, nel tempo, una nuova generazione di clinici (la terza o la quarta?) ispirati alla fenomenologia, in qualche modo di garantire un ricambio, di sentire come suona, nella vita dei giovani, il discorso che a tanti o a pochi di noi, *chers amis*, è così caro.

In questa impresa, devo dire, oggi non mi sento solo.

A parte i miei diretti maestri, come Bruno Callieri, Arnaldo Ballerini, Lorenzo Calvi, Eugenio Borgna, Ludovico Cappellari e i compagni di strada di tanti anni, come Mario Rossi Monti, Giovanni Stanghellini, Andrea Ballerini, Riccardo Dalle Luche, Giampaolo Di Piazza, sento vicini a me, in questo momento e da diverso tempo, non pochi valorosi giovani, psichiatri, certo, ma soprattutto, devo dire, psicologi, i quali ritengono i loro aneliti clinici insoddisfatti da paradigmi più di tendenza, e riscoprono il piacere e l'avventura nel difficile itinerario della formazione fenomenologica, finalizzata soprattutto all'incontro con l'esperienza psicotica.

Si tratta, però, qui – e questo è il punto veramente forte della riflessione che confluisce su COMPRENDRE – della raccolta e della cifratura di un materiale squisitamente *umano*, di qualcosa che, a rigor di termini, rimane fuori dall'*assessment* clinico in senso stretto, quindi, di una specie di *materiale di scarto* dall'angolatura rigorosamente clinica, non ancora elaborato, troppo grezzo per diventare oggetto di riflessione filosofica.

È, tutto questo, il residuo apparentemente inutile ed irriducibile, il truciolo, il pezzo che avanza, che sovrabbonda. Il *corpo*, le *esistenze*, e i *mondi* – come Callieri da sempre ci ricorda – sono ciò che trasuda dalla clinica, l'eccedenza, quel *quid humanum* che sfugge ad ogni presa teoretica. È quell'umano *idiopatico* eppure, tuttavia, *nomotetico*, quell'umano che si colloca su di un piano inimmaginabile nosograficamente. Calvi diceva, nel lontano 1988, che la redazione di COMPRENDRE è dovunque: volendo dire che è dove si "fa" fenomenologia. Questa *atopia* può generare l'*utopia*. Ma quale utopia? Forse, diremmo, con il linguaggio e la speranza di oggi, l'utopia della cura.

COMPRENDRE, sulle cui pagine si è praticamente formata la mia generazione, vuole continuare ad essere, in definitiva, come lo è stata finora,

del resto, il luogo dove lo psicopatologo, reduce dal fuoco dell'incontro, ritesse, per conto suo, le trame di senso strappate dall'urto con un'umanità divorante, lacerante, a tratti con un'umanità terminale, altrimenti ridotta a *convitata di pietra*, *giardino delle statue di sale*[2].

COMPRENDRE vuole essere questo luogo: un testo di luoghi aperti, un terzo spazio, *antropologico*, tra realtà e delirio, dove chiunque ha bisogno può accedere e prendere, se vuole, ciò che, in un certo senso, gli manca: è lo *spazio trascendentale* di Calvi, dove, come ci ricorda Callieri, la psicopatologia è *destinata a restare un interrogare ed un interrogarsi radicale*.

È in questo senso, allora, che imparare a pensare *psicopatologicamente* significa, riscoprendo l'*epochè*, imparare a pensare in termini di *libertà* laddove il *pensiero psicopatologico* nasce, in fondo, proprio al cospetto di un individuo che, assorto nell'atmosfera perplessa della sua *Wanhstimmung*, sta, appunto, *liberando* (certo angosciosamente) gli oggetti del mondo dalla determinazione dei loro significati usuali. Come Calvi, Blankenburg e Stanghellini ci hanno insegnato, è anche questa (psicopatologica) un'*epochè*. È, tutto questo, l'azzeramento, che *pre*-cede, a volte, l'irruzione delirante; ma anche il *vuoto*, che prepara il nuovo; il *silenzio*, che anticipa la visione.

*Chers amis*, grazie e, a tutti noi, buon viaggio sulla *via che*, insieme, *faremo andando*.

*Gilberto Di Petta*

[2] Del Pistoia L.: *Il giardino delle statue di sale*, Pacini Fazzi, Lucca, 1997.

# LA FENOMENOLOGIA E LA CURA

A. BALLERINI

Vorrei richiamare l'attenzione sul senso che la psicopatologia ed il suo impianto fenomenologico possono avere nella vita dei Servizi di psichiatria.

Esistono, come si sa, a fondamento della psicopatologia sviluppi fenomenologici diversi:

1) una fenomenologia tesa alla comprensione per immedesimazione delle esperienze del soggetto;

2) una fenomenologia "eidetica", che ricerca l'essenza, l'*eidos* appunto, delle esperienze patologiche.

Entrambe, al di là dei presupposti teoretici che vanno da Husserl a Heidegger, sono la risultante di un vero e proprio esercizio che coniughi, sulla base di un'innegabile disposizione personale dello psichiatra, fonti culturali con una continua riflessione sulla densità dei vissuti che ci vengono proposti dalla persona e sui significati che essi veicolano. Entrambi i due atteggiamenti insiti nella psicopatologia fenomenologica, quello eidetico e quello comprensivo, entrano a costituire l'ossatura, la trama della psichiatria fenomenologica.

Questa precisazione è altrettanto vera sia in un percorso di studio nella psicopatologia di una qualsiasi sindrome, sia quando si tratta di un progetto di psicoterapia, e non potrebbe essere diversamente perché la fenomenologia psichiatrica pone in primo piano una ricerca di senso e quindi ricostruire un'osservazione clinica ricercandone i percorsi di senso è già un approccio psicoterapico. Come questo, sconterà quanto tempo gli abbiamo dedicato, quanto siamo riusciti a costruire di rapporto, quanto ampio era l'ascolto, vale a dire lo sfondo che ci rendeva

aperti ai diversi modi di chi è incontrato, quanto profonda e puntigliosa era la nostra conoscenza psicopatologica, che è pur sempre il basamento e il grado zero di ogni avvicinamento psichiatrico.

Io non sottolineo tanto il rapporto fra "fenomenologia" e "psicoterapia", che può essere all'origine di tanto giuste quanto puntigliose *querelles*, sembrandomi un confronto non del tutto congruo, un confronto fra entità diverse, essendo la prima un ben noto sistema filosofico, la seconda una tecnica terapeutica. Siamo tutti consapevoli che ogni progetto di ricerca o di cura è sotteso da presupposti di derivazione filosofica, che uno ne sia consapevole o no, cosicché la pretesa di un operare psichiatrico del tutto a-teoretico è un inganno. K. Jaspers osservava che gli psichiatri che disprezzano ogni presupposto filosofico ne verranno silenziosamente sommersi. Ma una cosa sono i presupposti e la loro matrice di ispirazione, altra cosa sarebbe una pedissequa applicazione di una qualsivoglia filosofia. Il legame stretto è semmai quello tra psicopatologia (fenomenologica) e psicoterapia, così stretto da essere in gran parte una sovrammissione.

Quello che conta è ciò che indicherei come "atteggiamento fenomenologico" dello psichiatra: la disponibilità-capacità, ad esempio, a cogliere e restituire aspetti particolarmente significativi del progetto di mondo dell'altro, ad usare senza paura – ma anche senza esserne intrappolati – il proprio movimento empatico, ad attingere significati fisiognomici nel vissuto proprio evocato da quello altrui, col presupposto che l'esperienza fenomenologica sia, ha scritto W. Blankenburg, «un tentativo di mantenersi ancora risolutamente più aperto a tutti i modi di essere di chi è incontrato».

Del resto io parlo di ispirazione fenomenologica e non di applicazione, visto che credo non esista tesi filosofica che possa dettare limiti e vincoli alla ricerca psicopatologica. Il fatto che noi si possa nel concreto avvicinamento ad una persona, dimenticare, sospendere, scompigliare, travalicare gli stessi paradigmi nosografici è un fatto che si può permettere soltanto colui che conosce benissimo la psicopatologia e riesce a mantenere attiva la spinta creativa di essa. Non si deve tuttavia credere che la miglior ricerca di senso passi attraverso un approccio di derivazione irrazionale, del tipo «conoscere qualcosa sulla schizofrenia ostacola la conoscenza di uno schizofrenico», dimenticando che di solito una mente vuota di nozioni non è più aperta, ma semplicemente vuota, e illudendosi che possa esistere una ricezione "naturale" dei dati non mediata da trame gnoseologiche. In ciò ignari non solo dell'asserzione epistemica che i fatti sono gravidi di teorie, ma anche della frase di Pirandello: «Un fatto è come un sacco: non sta su finché non ci hai messo dentro qualcosa».

Molto dipende dal saper ricominciare ogni volta daccapo, non illudendoci di avere una verità precostituita, sia pure fondata sulla più solida costruzione psicopatologica. Se, come scrive K. Jaspers, "impassibilità" e "commozione" vanno di pari passo nella comprensione di un mondo psicopatologico, del pari conoscenza e ingenuo candore vanno mano nella mano nella ricerca di senso di una esperienza psicopatologica. E che cosa è più ingenuo dell'*epochè*? Cioè del metodo fenomenologico di conoscenza che mette tra parentesi, sospende, i pregiudizi, i giudizi, i dati del mondo reale ecc. concernenti la persona della quale ci occupiamo, per far emergere soltanto le possibilità dell'empatia e il movimento intenzionale dei significati della coscienza che cerchiamo di illuminare.

Il progetto scientifico di una psicopatologia resta per molti psichiatri, nella lunga scia di K. Jaspers, lo studio, l'analisi, la possibilità di tradurre in concetti trasmissibili, le forme ed i modi – più che non i temi – dell'esperire del malato di mente, e, come si sa, questo progetto ha illuminato in maniera irrinunciabile la clinica psichiatrica.

Ma anche rimanendo al progetto della psicopatologia basata sulla "fenomenologia comprensiva-soggettiva" (come è quasi interamente la trama conoscitiva jaspersiana), quale ruolo e senso la psicopatologia può oggi avere nella ricerca e assistenza psichiatriche? Quest'ultima – almeno da noi – è connotata, nelle situazioni migliori, da un espandersi della psichiatria nella comunità, ma non di rado anche da un declino dell'interesse per la psicopatologia.

Inoltre è avvenuto che alcuni importanti centri di costruzione del sapere non abbiano giocato un ruolo significativo nel processo di trasformazione dell'assistenza psichiatrica in Italia, ed è anche talora accaduto che venisse dichiaratamente rifiutata come "oggettivante" ogni lettura della devianza che non fosse una interpretazione rigidamente sociologica. Posizione questa che denuncia un'immagine bidimensionale dell'uomo, e inoltre mi pare confonda i vari significati del verbo oggettivare, allorché si travolge in un'unica condanna l'obiettivazione dell'uomo in sede etica ed economico-politica con quella in sede di conoscenza.

Dal mio punto di vista, una lettura quasi esclusivamente sociologistica del disturbo mentale, corre il rischio di non considerazione dello spazio di individuale progettualità della presenza umana e dei suoi modi e temi di costituirsi. I "matti non esistono" può diventare tragicamente uguale a: "la mente non esiste" (Ballerini, Pazzagli). Anche se devo dire che, come cultore di psicopatologia, condivido l'osservazione di W. Janzarik che scrive come uno psicopatologo non possa non provare una qualche simpatia verso movimenti così radicalmente oppositivi ad ogni riduzionismo biologistico della malattia mentale.

Nonostante i diversi luoghi della prassi psichiatrica tendano a produrre sfondi culturali e stili operativi diversi, dovrebbe essere chiaro ormai che la malattia mentale, in maniera non diversa alla psichiatria nella comunità, è comunque «un gioco che si fa in molti» (Hochman), in una rete intersoggettiva ove l'attenzione al fluire, normale o patogeno, delle relazioni ripropone l'importanza del dialogo, del rapporto, del suo entrare in risonanza con fantasmi interni, o, più esattamente, ripropone l'importanza del concetto fenomenologico di "situazione" nel senso di *tranche* del rapporto Io-Mondo.

La separazione dei due termini, Io e Mondo, in definitiva è un *après-coup* della ragione.

Lo spostamento della prassi psichiatrica da un contesto manicomiale ad uno comunitario comporta non solo il riconoscimento del danno inferto alla persona da pratiche di esclusione, intrinsecamente violente, e un allargamento dell'ottica dal malato al malato-in-situazione, ma sovrattutto il passaggio da un momento pietrificato, perché riproducentesi come identico, al declinarsi di un tragitto di esistenza, ove il tempo è quello modulato dal rapporto. L'elemento principale che viene così ad affacciarsi, oltre a quello dell'introduzione del contesto di vita nel campo osservativo, è il fattore della temporalità che, pur con tutte le manchevolezze delle concrete relazioni terapeutiche, permette spesso di delineare una traiettoria di malattia, ma al di là di essa una traiettoria di stile di vita: di modi di rapporto del malato con l'ambiente, certo, ma anche, e sovrattutto, di modi di coniugazione fra la soggettività ed il disturbo che la affligge, tra persona "spirituale" e trascendenza del disturbo.

Questo modello, non semplicemente di osservazione protratta, ma di rapporto longitudinale interattivo con il malato di mente, mi sembra sia fonte di nuove conoscenze in vari ambiti psichiatrici ed esemplarmente nel campo dei disturbi schizofrenici che – come L. Binswanger ci ha insegnato – poggiano sul piano dell'interruzione della continuità dell'esperienza, e si declinano quindi primariamente nella storicità dell'esserci.

Anche se talora la pressione dell'urgenza e comunque del dover provvedere, e la duplice spinta dell'ambizione terapeutica e dell'inevitabile funzione di controllo, ci fanno correre il rischio di azioni che hanno più le caratteristiche dell'*acting-out* che dell'operare psichiatrico, mi sembra evidente che, attraverso l'esperienza dei servizi psichiatrici nella comunità, alcune trame conoscitive si vadano via via delineando nella psicopatologia del presente. Inoltre l'acuta consapevolezza degli aspetti incerti e problematici di continuo emergenti soprattutto dalla psicopatologia fenomenologica che mantiene il suo ruolo di "guastafeste" nei confronti di una nosografia troppo sicura di sé, possa

essere un buon deterrente rispetto a una psichiatria spesso in bilico fra il rischio di risolversi in puro "agire" e quello di credere di poter "accogliere" e "comprendere" ogni condizione morbosa sulla base di modelli fatti una volta per tutte.

Ma, in definitiva, i servizi di psichiatria nella comunità sono stati pensati essenzialmente per una istanza morale di rispetto della persona, consapevoli ormai di dover evitare la coniugazione perversa fra spersonazione insita nella malattia mentale e sua puntuale, isomorfa conferma nell'antica gestione manicomiale, e poco importano dunque le dottrine psichiatriche.

Ma questa frase divenuta così banale, "spersonazione psicotica e sua ratifica manicomiale", a sua volta deriva da precise osservazioni cliniche e dai loro presupposti teoretici, in mancanza dei quali l'istanza morale avrebbe avuto poche possibilità di tradursi in prassi generalizzata; visto che non era certo inferiore a quella che noi pretendiamo di avere la tensione morale di Esquirol quando propugnava gli "ospizi dei pazzi", sul modello di Charenton!

L'uso deplorevole e balcanizzato nelle teorizzazioni psichiatriche ha favorito, è noto, la risonanza della lezione che un cultore dell'empirismo logico, il filosofo C. Hempel, impartì in una lettura magistrale nell'ambito dell'American Psychiatric Association nel 1965 in tema di nosografia psichiatrica. Ma dopo la grande enfasi circa un modello psichiatrico rigidamente categoriale, una diffusa insoddisfazione negli ultimi anni sembra pervadere il pensiero psichiatrico proprio nei confronti di una dottrina categoriale dei disturbi psichici, della quale peraltro tutti riconoscono l'utilità, ma quella di una mera convenzione.

Ho l'impressione che questa diffusa insoddisfazione derivi non solo dalla incombente assolutizzazione e reificazione dei paradigmi categoriali, e dalla crescente evidenza della loro insufficienza, ma soprattutto dalla drammatica e sempre più stridente carenza di ascolto che ha caratterizzato buona parte della psichiatria del presente. Non è piccolo segnale che anni fa J.S. Strauss scrivesse: «[…] ci sono molte cose che i pazienti stanno tentando di dirci sulla loro esperienza soggettiva e che noi sistematicamente non riusciamo ad ascoltare».

Diversi anni fa W. Janzarik, in un celebre contributo, scriveva che la crisi della psicopatologia fenomenologica è «una crisi di indifferenza, di rassegnazione e di incertezza, in un'area della ricerca che rischia di scivolare in una terra scientifica di nessuno poiché le sue scoperte maggiori non possono essere espresse in diagrammi o nel linguaggio del computer».

Io penso che dobbiamo riproporre il valore della psicopatologia non solo come itinerario formativo dello psichiatra, ma come elemento fondante dell'autentico esercizio della psichiatria.

Si possono in effetti considerare almeno due declinazioni della fenomenologia psichiatrica: l'una come patrimonio di conoscenze, ignorando le quali ci si può ridurre ad una psichiatria appiattita (*mindless*) forse nell'illusoria speranza che un riduzionismo, non solo "metodologico" ma che sfoci a livello "ontologico", conduca ad una lettura neurobiologica esaustiva del disturbo psichico. L'altra declinazione è quella della psicopatologia come specifico atteggiamento mentale dello psichiatra, connesso al metodo che permette l'acquisizione delle conoscenze psicopatologiche, che sono sempre parziali, provvisorie, poco rassicuranti, in *infinitum imperfectae*, e che non evitano di porre lo psicopatologo-fenomenologo di fronte al singolo caso nella posizione che E. Husserl indicava come quella dell'"eterno debuttante".

Lo sviluppo della psicopatologia fenomenologica, che non si è certo fermata a Karl Jaspers e Kurt Schneider, può tendere verso almeno tre direzioni (Ballerini, Giacanelli):

1) la ricerca di ordinatori psicopatologici di livello superiore che, ampliando l'orizzonte nel quale si colloca la ricezione dei singoli fenomeni, rappresentino in definitiva una donazione di senso ai fenomeni stessi. La temporalità, ad esempio, è un ben noto ordinatore di sindromi psicopatologiche, ma la semplice ricezione partecipe dei movimenti affettivi nelle psicosi paranoidi (la disforia, l'oscillazione vergogna-rabbia, ecc.) sembra delineare un guado fra le due sponde dell'incomprensibilità, talora postulata come assoluta.

2) la seconda direzione di possibile sviluppo della psicopatologia fenomenologica e che discende direttamente dalla prima, è porre le premesse teoriche ed un atteggiamento mentale non *naif* per un approccio psicoterapico al mondo delle psicosi, meno episodico o selettivo di quanto non avvenga oggi.

3) inoltre si può ipotizzare un possibile terreno di incontro con la ricerca di ordine biologico, incontro che è difficile pensare possa realizzarsi sulla base di una traduzione in termini sintomatologici di frammenti comportamentali o sulla base di diagnosi convenzionali.

(Io non voglio dilungarmi sull'esempio clamoroso dell'accertata complementarietà tra una nozione così tipicamente fenomenologica come quella di autismo quale deficitaria costituzione dell'Altro, e i dati neurofisiologici sui *mirror neurons*, senza perciò diventare dei "saltimbanchi della epistemologia", secondo il giustificato timore di Jean Naudin),

4) né spenderò parole per ricordarvi quella che può essere chiamata una bussola psicopatologica per la scelta dei farmaci, in un'epoca nella quale fortunatamente siamo passati da qualche neurolettico distribuito a pioggia ad un'azione sempre più raffinata e mirata di farmaci antipsicotici.

Quell'"ascoltare l'esperienza soggettiva" della quale J. Strauss si fa oggi paladino, che da K. Jaspers in poi è stato il punto focale della psicopatologia, ne è ovviamente il punto zero, ma anche il punto di partenza di ogni approccio tendenzialmente fenomenologico, che ogni Servizio che funzioni realizza – certo in misura diversa – nella prassi quotidiana e ad esso continuamente ritorna nel lavoro terapeutico, mettendo tra parentesi ogni pretesa esplicativa, ogni teoresi assolutizzante ed usando le stesse formulazioni diagnostiche semplicemente come prima rete di riferimento per accogliere la sofferenza del paziente, o, se preferite, quali "boe di galleggiamento", come K. Schneider (1971) diceva dei suoi "sintomi di primo rango". E le boe di galleggiamento, come chiunque vada per mare sa, non indicano la rotta, ma lo spazio entro il quale si può navigare.

In passato si è a lungo sentito dire che il piano-guida essenziale o unico esempio della farmacoterapia ha da essere quello diagnostico. Ma molta acqua è passata sotto i ponti e non molti credono più che la stella polare della ricerca e della prassi sia la nosografia categoriale, tesa a stabilire confini convenzionali, e che contiene tuttavia frammenti di verità pur utili ma solo per un primo livello di informazioni nella comunità degli esperti.

Il guaio è fermarsi lì, ad una etichetta diagnostica che non di rado – ha scritto W. Blankenburg – illumina più sulla scuola di appartenenza dello psichiatra che non sul paziente. Ma già K. Jaspers in pagine indimenticabili aveva annotato: «La diagnosi è l'ultimo punto da considerare nella comprensione psichiatrica di un caso […] L'importante è l'analisi ed il fatto che il caos dei fenomeni non venga seppellito, ai fini della conoscenza, da una etichetta diagnostica […] In psichiatria diagnosticare è sovente uno sterile giostrare, nel quale solo pochissimi fenomeni cadono nel campo del sapere cosciente». Mentre se il rapporto si prolunga e diviene tendenzialmente terapeutico, psichiatra e paziente modulano e variano continuamente la distanza fra loro, e ciò significa che il curante passa di continuo dal generale al particolare ed individuale, dal categoriale all'esistenziale e all'esistentivo, e viceversa, di continuo ri-prendendosi rispetto ad una distanza fusionale od invece stellare, di continuo oscillando fra sforzo di immedesimazione nei vissuti dell'altro e distaccata riflessione sulla densità dei significati che essi veicolano.

La fenomenologia psichiatrica ricerca una visione tipologica delle strutture intenzionali di significato (l'intersoggettività, la temporalità, la spazialità, la corporeità...) e, tendendo ad individuare degli ordinatori psicopatologici di livello superiore rispetto a frammenti sintomatologici, ha portato avanti il tentativo di fondare una scienza oggettiva – nel senso del rigore e della comunicabilità – dei fenomeni soggettivi, delineando la cogente integrazione fra la dimensione "impersonale-biologica" e quella "individuale-storica" nel concreto attualizzarsi dei disturbi mentali e nel concreto approccio terapeutico ad essi.

Un punto essenziale, che la psicopatologia ha proposto nelle sue varie declinazioni fenomenologiche, è il rapporto fra la globalità della persona e l'abnorme esperire che può pervaderla.

La scelta terapeutica, di qualsiasi tipo sia, di questo deve anche tener conto: del confronto fra persona ed esperienza abnorme. Il binswangeriano rapporto fra "altezza" dell'esperire e "larghezza" della base personologica è la matrice propriamente antropologica della semeiotica psichiatrica.

La fenomenologia fornisce cioè un metodo per illuminare gli stati della mente, i fatti psichici quali essi sono, i fenomeni in quanto fenomeni e non quali vengono teorizzati o reificati. Non c'è psicopatologia e forse, oso dire, non c'è psichiatria senza considerazione, preoccupazione, cura dell'umano esperire, dell'*Erleben*. E questo può avvenire su vari piani, di diversa complessità: o nel suo darsi fenomenico, o nei suoi aspetti strutturali, o nei suoi modi costitutivi; ma tutti hanno in comune il principio dell'attenzione prioritaria e del radicale rispetto per l'esperienza interna dell'uomo, accolta quale espressione di senso, al di fuori e prima di intrusioni causali ed interpretative.

Questo metodo è uno strumento da un lato per delineare e ordinare i fenomeni psicopatologici, dall'altro ci fornisce il materiale fenomenologico-empirico e descrive la strada che ci conduce all'*eidos* dei fenomeni, alle caratteristiche di nucleo appartenenti a tutti gli esempi possibili della classe di oggetti considerati.

In mancanza di tale intuizione eidetica globale, nessuna conoscenza è possibile, né quella quotidiana, né quella diagnostica, né quella di un progetto di ricerca. La scientificità è proprio garantita non dalla impossibile assenza di presupposti e precognizioni generali, ma dalla consapevolezza dei sentieri eidetici che ci hanno condotto alle precognizioni e dalla disponibilità a cambiarle nell'urto con i dati empirici, se ciò lo rendesse necessario. La fenomenologia psichiatrica si muove dunque, partendo dalle premesse husserliane, all'interno del *circolo ermeneutico* (Gadamer) ove una precognizione globale (frutto dell'apprensione eidetica degli attributi di nucleo che indicano l'essenza di un oggetto) si

confronta con la ricerca dei dati parziali, i quali a loro volta potrebbero modificare la visione di essenza precedente, in una circolarità senza fine. Non si deve cioè credere – e questa è una delle grandi lezioni della fenomenologia – che pre-comprensione abbia l'attributo negativo di pre-giudizio: ha invece il senso di giudizio globale inevitabilmente e intuitivamente anticipato: la sua messa in luce ed il suo uso critico e pertanto modificabile sono la via regia della conoscenza.

A mio avviso, proprio il tendere della psicopatologia post-schneideriana (in gran parte tuttora in attesa di sistematizzazione) verso una concezione più prototipico-dimensionale che categoriale, ne esalta il fascino e l'utilità nel lavoro terapeutico che i Servizi realizzano nella continuità della presa in carico. E basterà, a questo proposito, ricordare l'importanza della sistemazione dimensionale che autori come K. Koehler hanno proposto per i fenomeni di Primo Rango, considerati "tipi di pregnanza", posti però su un *continuum* esperienziale lungo il quale è possibile che la persona si muova, passando da esperienze non francamente patologiche ad esperienze francamente psicotiche e viceversa, o le ricerche di J. Klosterkoetter sulle "connessioni seriali" tra fenomeni minori, "basici" (Huber), e sintomi psicotici di Primo Rango, o la possibilità di concepire – come G. Stanghellini ed io abbiamo proposto (1992) – un ordinatore psicopatologico sovraimposto ai tre campi del delirio, della allucinazione e dell'influenzamento, e rappresentato dalla distorsione nella normale proporzione fra attività e passività e dal radicale prevalere di quest'ultima nella costituzione delle trascendenze del Sé, del corpo e del mondo.

Fondamentale per la pratica della psichiatria mi sembra anche, come ho accennato più volte fin dall'inizio, l'attenzione a come si declina ed evolve il rapporto fra persona e disturbo. Al di là dell'ipotetica modificazione o della premurosa protezione, di sapore anaclitico, di persone che attraversano la vita sotto il segno della vulnerabilità alla psicosi, quale consistente progresso possiamo ad esse proporre se non l'acquisizione da parte di queste persone di processi di *coping* meno disastrosi, meno irrimediabilmente proclivi a trasformare il "perturbante" di disturbi basici, comunque intesi, in sintomi psicosici?

Ora se, nonostante questi ed altri progressi, la psicopatologia ha mancato di divenire la lingua comune, la *koinè*, di tutti i dialetti psichiatrici, la ragione potrebbe consistere nell'estraneità della psicopatologia all'esercizio prognostico. Il fatto è che la psicopatologia è parte delle scienze umane e come tale è interessata non ad una sistematica della malattia mentale, bensì all'individuazione di dispositivi antropologici, di modelli di funzionamento della psiche umana, i quali forse attraversano la salute e la malattia, e certamente non sono confinati in

singole forme morbose ed hanno per scopo di articolare la congerie delle esperienze interne di una persona delineandole in un mondo. Gli organizzatori psicopatologici sono cioè categorie generatrici di senso, il cui scopo potrebbe essere d'iniziare, avvicinare, stabilire un rapporto con un mondo estraneo (Ballerini, Stanghellini, 1991).

Gli organizzatori psicopatologici nel pensiero come nella prassi psichiatrica, guidano, consapevolmente o no, in modo sofisticato ed assieme necessariamente ingenuo, la nostra capacità, appunto, di mantenersi aperti ai diversi modi di essere di chi è incontrato.

## BIBLIOGRAFIA


Ballerini A., Giacanelli F.: *Necessità e insufficienza della psicopatologia generale nella formazione dello psichiatra*, in Ancona A., Ferro F.M., Di Giannatonio M. (a cura di): *Formarsi e formare in psichiatria oggi*, pp. 65-69. Pubblicazioni dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano, 1993

Ballerini A., Pazzagli A.: *La psichiatria fra "agire" e "operare"*. PROSP. PSCOANAL. NEL LAVORO IST., II, gen-giu 1984, 1: 81-90

Ballerini A., Stanghellini G.: *Organizzatori Nosografici e Organizzatori Psicopatologici*, in *Nosografia e Transnosografia*. Atti del II Congresso Nazionale della Società Italiana di Storia della Psichiatria, Siena 21-23 marzo 1991

Binswanger L.: *Melanconia e Mania* (1960), tr. it. Boringhieri, Torino, 1971

Blankenburg W.: *La perdita della evidenza naturale* (1971), tr. it. Cortina, Milano, 1998

Gadamer H.G.: *Verità e metodo* (1986-1993), tr. it. Bompiani, Milano, 1996

Hempel C.: *Fundamental in Taxonomy*, in *Aspects of Scientific Explanation and Others Essays in Philosophy of Sciences*. Free Press, New York, 1965

Hochmann J.: *Psichiatria e Comunità. Tesi per una psichiatria degli insiemi* (1971), tr. it. Laterza, Bari, 1973

Huber G.: *Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen*. NERVENARZT, 1983, 54: 23-32

Husserl E.: *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica* (1936), tr. it. Einaudi, Torino, 1965

Janzarik W.: *Die Krise der Psychopathologie*. NERVENARZT, 1976, 47: 73-80

Jaspers K.: *Psicopatologia Generale* (1913, 1956), tr. it. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1965

Klosterkoetter J.: *Basissymptome und Endphaenomene der Schizophrenie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1988

Koehler K.: *First Rank Symptoms of Schizophrenia: Questions Concerning Clinical Boundaries*. BR. J. PSYCHIAT., 1979, 134: 236-248

Schneider K.: *Psicopatologia clinica* (1950), tr. it., 4ª ed. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2004

Stanghellini G., Ballerini A.: *Ossessione e rivelazione*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992

Strauss J.S.: *Subjective Experiences of Schizophrenia: Toward a New Dynamic Psychiatry - II*. SCHIZOPHRENIA BULL., 1989, 15, 2: 179-187

Prof. Arnaldo Ballerini
Via Venezia, 14
I-50121 Firenze

# LA DIMENSIONE AMBIGUA DELL'INCONTRO CON LO PSICOTICO

B. CALLIERI

La "presenza", cioè l'*esser-ci-con* si può ostendere, come accade nello psicotico, alla stregua di un modo profondamente difettivo del co-esistere-con l'altro, un modo che viene a precludere l'*incontro*, costitutivo dell'intersoggettività, l'incontro che, pienamente presente nell'amore-odio e nell'amicizia-aggressività, qui può velarsi ma giammai scomparire del tutto nelle mille forme delle urgenze pragmatiche e delle declinazioni dei ruoli.

Certamente lo psicotico – lo schizoide, il sensitivo – con il suo dire, ci comunica la sua situazione; certamente anche per lui «il linguaggio è la dimora dell'essere» (Heidegger) ma non è più domanda e risposta, non è dialogo, non è "colloquio" ma *monologo*. In un tale tipo difettivo di co-presenza manca, o è molto carente, l'apertura al *mondo umano comune* e l'incontro sembra divenire praticamente irrealizzabile o, comunque, destinato allo scacco o all'aborto (difficile, anche per ciò, la psicoterapia con gli psicotici).

In verità, in certe situazioni psicotiche l'*alter* ci si offre come alcunché di estraneo, come *alienus*, cioè come uno che si muove secondo parametri paralogici, qualitativamente differenti, che sovvertono le "nostre" prospettive mondane e che ci obbligano al confronto con categorie ben lontane da quelle cui siamo abituati: è lo scuotersi delle fondamenta (il tillichiano *shaking of the foundations*) che, sconvolte o minacciate dall'*invasione del significato,* ci fanno restare interdetti.

Nel fatto del "restare interdetto" c'è l'esser-preso (*sorpreso*) da, c'è il sentimento di una contemplazione obbligata, subìta, impotente, c'è la

sensazione dell'imprevedibile (la sospensione della donazione di senso). L'incontro con l'*alienus* si modula sempre secondo questa esperienza vissuta del "restare interdetto", vissuta più o meno intensamente. Si verifica, insomma, una specie di *collisione di categorie*, con uno scatenamento improvviso di processi psichici di difesa; ciò si manifesta costantemente presso ognuno né vi sfugge lo stesso psichiatra, per quanto esperto e allenato. Certo, è proprio lo psichiatra a trovarsi continuamente confrontato con delle categorie mentali oscillanti ben lontane dalla norma, con gli orizzonti dell'assurdo, dell'inverosimile, dell'illusione, con le esperienze dell'irreale divenuto realtà nelle allucinazioni (voci), con le spirali dell'ossessione, con le nebbie oniroidi della confusione. L'imbattersi continuamente in queste esperienze rende necessario, per lo psichiatra, un certo atteggiamento obiettivante, atteggiamento indispensabile, per lo meno in un primo tempo, per difendersi dall'irruzione dell'"irrazionale" e contenere le proprie angosce reattive. Se però questo atteggiamento di neutralità restasse come unica modalità d'esperienza, esso renderebbe impossibile ogni tentativo di dialogo col paziente e ostacolerebbe seriamente ogni tentativo di recupero dell'*alter* nascosto nell'*alienus* o da esso sommerso: che questo, il recupero dell'*alter*, è lo scopo terapeutico proprio dello psichiatra, specifico delle sue capacità professionali e umane. Ritrovare, rimettere in moto dunque, nell'altro *alieno*, le sue possibilità umane autentiche, anche con l'aiuto farmacologico. Un tale saper accettare l'altro come uomo, sotto qualunque forma egli si presenti, costituisce la condizione preliminare per un incontro reale sul piano psichiatrico. Anche l'alienazione più radicale, la menomazione psichica più eclatante, racchiudono in sé l'*alter*, il "compagno" (*fellow-man*), la persona umana.

Ma nella situazione terapeutica non si può comunque realizzare un rapporto d'amore o di amicizia perché questo presuppone sempre una certa complementarietà e comunanza di vita o reciprocità di esperienza. La necessità di un simile incontro, antropologicamente valido, non ci dispensa dal chiederci che cosa spinga l'uomo-psichiatra ad accostarsi all'alienato fino a tendere alla realizzazione di un incontro. Forse è nella sua dialettica con l'irrazionale, nel confronto con le situazioni angoscianti degli altri, che egli affronta la problematica della propria angoscia. Questo equilibrio precario e delicato, sul filo del rasoio, col continuo rischio di esser infranto, porta lo psichiatra ad una posizione essenzialmente ambigua: le sue possibilità di essere-con-qualcuno-nel-mondo, pur accrescendosi, si problematizzano, e c'è il rischio dell'invasione, dell'insensatezza, della regressione.

Non va qui dimenticato che, diversamente da ogni altra esperienza del medico, *è sul piano verbale che si realizza nella sua piena autenti-*

*cità l'incontro dello psichiatra col mondo dello psicotico o del parapsicotico*: il logos come strumento essenziale dello psichiatra, come matrice della sua creatività terapeutica. La consapevolezza sempre accresciutasi di ciò giustifica l'approccio di studio dei problemi del linguaggio, studio inteso come analisi della comunicazione di significati, anche paradossali, come analisi della semantica linguistica: «il linguaggio è la dimora dell'essere. Al suo riparo abita l'uomo»; il linguaggio è costitutivo dell'umanità dell'uomo, il linguaggio comune, con le sue metafore e similitudini (figlie predilette della *Daseinsanalyse*, come dice Binswanger). Lo studio del linguaggio dello psicotico, ambivalente, ambiguo, ellittico, ha sempre costituito capitolo di grande interesse per la psicopatologia. Di fronte ai complessi disturbi della comunicazione verbale propri dell'"alienato", lo psichiatra deve riuscire ugualmente a cogliere gli aspetti essenziali della produzione verbale dei pazienti, e ciò sia per la sua formazione accademica sia (e soprattutto) per il suo atteggiamento interiore. Bisogna inoltre tener conto dell'*intenzionalità*, base di ogni incontro, che tanto più è autentica quanto più corrisponde a una "buona volontà", verace ed effettiva, di ascoltare l'altro.

Lo psichiatra, pur mantenendo sempre questa particolare "qualità di presenza", può utilizzare in due modi differenti le informazioni ricevute dal paziente: 1) può servirsene in senso semiogenetico, e in questo caso si deve parlare di una vera *strumentalizzazione del linguaggio dei pazienti*; 2) oppure può rilevare i messaggi in uno scopo principalmente terapeutico, e in tal caso si può parlare di una *strumentalizzazione del linguaggio proprio*. In ogni caso, le due eventualità permettono allo psichiatra di servirsi del *disturbo stesso* della comunicazione (là dove, ad esempio, alle parole si sostituiscono le mezze parole allusive, alle frasi il gergo, al linguaggio il gesto o il silenzio) per giungere a un certo risultato. Basti pensare a qual punto sia importante cogliere esattamente i vari processi di *ridondanza* e di *abbreviazione*, di ellissi, di metafora che possono inerire al contesto di una comunicazione "schizofrenica", conferendole enigmaticità o rivestendola di arabeschi verbali senza fine e senza scopo pragmatico. Qui, forse, si potrebbe dire che lo spostamento di piani comporta uno spostamento di interrogazione. L'approccio linguistico (ce lo ha ben insegnato P. Ricœur: "metafora viva") si è efficacemente impegnato a sciogliere il nodo dell'ambiguità di senso presente nel discorso mediante il meccanismo della *polisemia* e dell'*isotopia*.

È pur vero che, accanto ai linguaggi di *statement*, di descrizione e di ordinamento, esistono altri linguaggi (poetici, religiosi, simbolici e –

dico io – *psicotici*) che sono linguaggi di metafora e di metamorfosi della realtà, linguaggi che non avrebbero valore di *referenza alla realtà*.

È possibile superare la lettura retorica della *metafora* e giungere ad una lettura che la consideri come strategia linguistica capace di dar conto della creazione di un *nuovo* significato? Ricœur ci ha mostrato che i linguaggi metaforici non sono carenti di vero rapporto con la realtà, anzi sono linguaggi portatori di una sovrabbondanza di senso.

È allora perentorio qui (nell'antropologia dell'incontro) domandarsi se il linguaggio metaforico dello schizofrenico si limiti a rifiutare la realtà come è (Winkler), a ritirarsi in sé (*anacoresi*) a cancellare il mondo come complesso di oggetti disponibili e manipolabili, oppure possa *aprire nuove dimensioni* della realtà. Si sarebbe tentati di mostrare la legittimità di tali linguaggi: ciò vorrebbe dire aprire al linguaggio umano altre vie che non quelle della dominazione, intendo dominazione delle cose, dei segni ridotti alla loro funzione strumentale. Invero, nell'esperienza della metafora (così intesa) non sono più io a dominare l'universo dei segni ma è la parola che, apragmaticamente, mi reclama e mi interpella.

Qui è possibile superare davvero il concetto di *dissociazione ideo-verbale*. Lontani dal concetto di dissociazione, la possibilità di decodificare in modo adeguato i messaggi degli psicotici (più si lascia parlare lo psicotico, meno si parla di psicosi) non è davvero priva di importanza: a parte l'efficacia del *feed-back* di ritorno, con il richiamo (sia pure parziale) a una realtà duale e dialogica, tale decodificazione *può* aumentare l'autocoscienza dell'altro.

A parte lo studio della vasta gamma dei *linguaggi psicotici* (dalla follia discordante verbale di Chaslin alla glossolalia, dalle litanie declamatorie ai paralogismi, dalle schizofasie alle glossomanie e ai neologismi, alle iterazioni ticcose tipo Gilles de la Tourette), in queste modalità psicotiche di esistenza mi preme rilevare il fatto (fondamentale) che qui la parola non è soltanto il momento rivelatore (a-leteico) del pensiero alterato ma è *essa stessa* a interpellarmi, anche se il Logos pragmatico e semantico di cui essa è portatrice fa qui difetto. Più possibile (entro certi limiti) la relazione non-verbale; invero la mimica o il gesto hanno un valore comunicativo propriamente e irriducibilmente umano e, in certe modalità dell'esserci, come in quelle convenzionalmente dette schizofreniche, possono assumere il senso (anche ambiguo) di una comunicazione specifica: per esempio il significato di *manierismi*.

Qui diviene particolarmente difficile trasferire sul piano verbale la sostanza di un incontro non-verbale. In tal senso appaiono pienamente pertinenti le osservazioni di von Baeyer sull'assenza di bipolarità

nell'incontro con lo psicotico, eclissi di ogni possibilità dialogica: si pensi, ad esempio, al riso immotivato e del tutto avulso dal contesto, proprio di certi ebefrenici, allo scoppio di risa del lisergizzato, all'intoppo mutacico del catatonico, al mormorio incoerente del confuso. Accanto a ciò, esistono anche espressioni che, pur provenendo da un mondo alienato, offrono ancora una certa espressività: lo *sguardo* del paranoide, ad esempio, ci offre un'apertura singolarmente feconda per la "comprensione" del suo mondo interiore: la sua sospettosità, il suo guardarsi intorno o guardar di traverso, l'evasività, costituiscono altrettanti indizi del suo non-volersi-confrontare con la presenza dello psichiatra: qui forse, sartrianamente, «*l'autre, c'est l'enfer*».

A ciò si aggiunga un'altra qualità importante dello sguardo paranoide: lo sguardo, dico, come espressione della "coscienza di significato" assume una pregnanza del tutto particolare di fronte ad un mondo divenuto ostile, minaccioso, persecutore, enigmatico. Per questa ragione *guardare* o *esser guardato* giungono a costituirsi in unità, al centro di un modo di esistere in cui l'incontro si dà solo con l'impersonale, il "si" **(**si dice, mi fanno, si fa, si pensa…): non per nulla la psichiatria antropologica della scuola di Zutt ha trovato uno dei momenti fondamentali della sua articolazione nello sguardo (ma anche nell'*afferrare*: per esempio *le mani*). Non si sa mai se questo sguardo psicotico personalizzi un oggetto o piuttosto oggettualizzi una persona. Quel che è certo è che l'incontro con l'altro tende a depersonalizzarsi, a cadere nell'anonimato (*on*, *man*, si). E l'anonimo conduce a una perdita, sempre grave, dell'individualità, della storicità, nel senso di un passato vissuto in comune. Il *noi*, la *Wirheit*, è sostituito dal delirio di riferimento, compensazione di una solitudine insopportabile. *Il mondo paranoide può esser veramente paradigmatico della destrutturazione dell'incontro*; anche lo psichiatra ne è coinvolto e diviene anche esso, come ogni altro persecutore, "funzionario della collettività", controllore della coscienza, a meno che non riesca a partecipare (entro limiti però invalicabili), a *mit-einfühlen*, a consentire (*cum-sentire*).

L'incontro, comunque, per esser tale deve svolgersi fra esseri liberi, cioè senza coercizioni né riserve.

È proprio questo consenso verso l'altro, questa scienza radicale di coercizione che ci permette anche un altro tipo di incontro, altrimenti impossibile: il *silenzio.* Questo viene inteso spesso soltanto nel suo aspetto negativo, cioè d'isolamento verbale, di non-partecipazione al dialogo: si può effettivamente parlare di *silenzio d'opposizione*, di *negativismo*. Tuttavia possiamo (e dobbiamo) pur chiederci se ogni *negativismo verbale*, ogni mutacismo, corrisponda meramente a un tale silenzio d'opposizione o non nasconda piuttosto una qualità particolare

d'invito all'*incontro*: riempire col silenzio i vuoti di un dialogo "verbale", che rischia a ogni momento di smarrirsi nell'incomprensione.

Ma il *silenzio* può uscire dal circolo del meccanismo di difesa e costituire un fenomeno essenzialmente *costruttivo*. In tal caso non di isolamento si deve parlare, ma di *solitudine verbale,* momento fecondo d'intimità e capace di agire empaticamente, fino a pervenire a quelle situazioni in cui alla "comunicazione" subentra la "comunione" (Nacht, p. 196).

Possiamo ben chiederci se l'incontro con lo psicotico non sia ancora possibile a questo livello. È più un'esperienza al limite (a me qualche rarissima volta è capitata, per lo meno *credo* mi sia capitata) che non altro: una tale coesistenza appartiene, invero, al mondo dell'*alterità* (per dirla con Cargnello) e non si addice a quello dell'alienazione. Una "comunione" nel silenzio presuppone infatti la capacità di una identificazione reciproca e di un'interpretazione senza riserve (cfr. *La réciprocité des consciences,* di Nédoncelle), mentre invece nella comprensione dello psichiatra, anche nella più aperta, è implicito sempre uno scarto di livello, che potrà essere ridotto al minimo, ma mai completamente soppresso, anche se certe tematiche psicotiche possono suscitare spesso delle risonanze inquietanti, rivelatrici di quella parte d'irrazionale, d'inatteso, di *sur-prise,* che, più o meno estesamente, esiste in ogni essere umano.

Anche quando lo psichiatra è impegnato nel tentativo psicoterapico di sviluppare una tematica delirante nell'ambito della comprensibilità, siamo sicuri che si produca veramente in questo caso una coincidenza d'informazione, anche soltanto su un piano empatico, fra determinate esperienze psicotiche (per es. quella di "fine del mondo") e i riferimenti categoriali, da parte dello psichiatra, a tematiche analoghe nel campo della mitologia, della storia e della religione? In altri termini, rimane sempre un dubbio sulla possibilità d'una vera e propria comprensione di tali esperienze deliranti: c'è sempre, piaccia o no, un *gap* tra la partecipazione dello psichiatra, intenzionale, voluta, frutto di affinamento culturale, e l'esperienza del paziente, immediata, sconvolgente, singolarissima.

E qui, in questa limitazione rigorosa dell'incontro che ci si può render conto dell'ambiguità fondamentale dello psichiatra (Cargnello, pp. 3, 17-361) il quale come *medico* tende ad obiettivare il paziente inquadrandolo nelle dimensioni dell'*alienazione,* e come *uomo* tende a ricercare l'aspetto dell'*alterità*, in una oscillazione perpetua e in una irrisolubile ambivalenza, che mostra come sia difficile e forse mistificatorio uscire radicalmente dall'equivoco.

Comunque resta il fatto inoppugnabile che oggi si tende sempre più a sottolineare, accanto alla necessità dell'educazione e della formazione propriamente medica-tecnica dello psichiatra (alla ricerca della sua identità), l'*importanza di certe caratteristiche eminentemente umane* (appunto qui è la "svolta antropologica", la *Wendung* di cui parla Binswanger), come la capacità di darsi, la disponibilità, il bisogno autentico di comprendere e di amare il paziente ("*Heilung aus der Begegnung*", di H. Trub, cioè la "guarigione per mezzo dell'incontro"): un atteggiamento di tolleranza e di accettazione dell'"anormale" nell'altro e di riconoscimento in esso della qualità di presenza (Callieri, 1967).

Sapersi mantenere *con* l'altro e non meramente *di fronte* all'altro, anche se psicotico, significa cercare di scorgere l'uomo (cioè un "ordine") anche là dove – con altra impostazione – si scorgerebbe nulla più che un disturbo mentale, cioè un "disordine". È, forse, questa della dimensione interpersonale, la vera "rivoluzione copernicana" dell'attuale psichiatria.

Rivoluzione, peraltro, molto difficile in non pochi casi. Si pensi, ad esempio, al *delirante lucido*, a certi *borderline*, ai deliroidi di colpa e di rovina, agli sviluppi di gelosia, ai cosiddetti schizoaffettivi, con i quali è ben scarsa la possibilità di poter evocare o meno una comunanza di istanze oggettuali.

Poiché il *delirante lucido* si muove ancora ampiamente nel mondo della prassi, il delineamento di una *Gestalt* unitaria e inconfondibile di incontro, cioè di una tipizzazione univocamente determinata, è pressoché impossibile. Come è noto, la situazione del *delirante lucido* colpisce, lede l'universo dei significati logico-categoriali e di quelli di importanza general-umana (Mannheim direbbe che è in gioco non un aspetto parziale di ideologia ma l'aspetto totale di essa). Mentre l'incontro implica sempre, perché possa costituirsi, il superamento di un soggettivismo e di un oggettivismo estremi, qui, nel caso di un *delirante lucido*, il tentativo nostro di andare verso il suo mondo, di coesistere in qualche modo con la sua esperienza vissuta, urta contro difficoltà insormontabili: prima fra tutte quella di ripercorrere, proprio geneticamente e in co-esistenza, i momenti costituenti del suo mondo delirante.

Mentre nello schizofrenico è paradigmatica l'incapacità di manipolare la realtà spaziale, nel *delirante lucido* la spazializzazione è estremamente orientata, anzi polarizzata. A tal punto la polarizzazione della spazialità vissuta assorbe l'esperire del delirante da renderne impossibile il costituirsi su altri parametri spaziali: basti pensare all'esperienza di *stato d'assedio*, al timore di quel che è celato dietro

l'angolo della strada o in un qualunque luogo pubblico. In questo *mondo* così rigidamente mono-orientato nulla è lasciato allo *spontaneo*, all'imprevedibile, al caso. Ecco qui l'impossibilità dell'*incontro* o, quanto meno, la sua estrema difficoltà: un tal movimento di installazione di una distanza metrica ben obiettivabile frappone fra sé e gli altri una distanza non colmabile, distanza che, lungi dal creare una spazialità di autentica salvazione, costituisce un radicale affossamento di ogni tentativo di ulteriorizzazione.

In altri termini, l'altro viene allontanato (si dice "per difesa") in una distanza incolmabile, dalla quale però esso si ripropone costantemente e massicciamente come realtà ostacolante, in quanto non può esser ripreso nella sua dialogica interlocutorietà.

Infatti ogni volta che si cerca di recuperarne la presenza, si viene a intrudere nel mondo vissuto del paziente, che si sottrae a ogni configurazione come *socio*. È proprio attraverso l'analisi delle modalità d'incontro col mondo vissuto (*Lebenswelt*) del delirante che si può comprendere, *in piena umiltà*, la più intima ragione della sua impossibilità di uscire dall'isolamento.

Dopo quanto siamo venuti dicendo, appare utile concludere ricordando ancora una volta che gli scopi dell'analisi fenomenologica dello psicotico, presupposto per ogni incontro o tentativo di incontro con esso, consistono anzitutto nel rendere possibile, entro certi limiti, un recupero personologico, e poi, attraverso la riconsiderazione del fenomeno come espressione dell'umano, pervenire a cogliere, senza reificazioni, la freschezza e il significato della realtà viva e personale del singolo.

## BIBLIOGRAFIA *di riferimento*


Ales Bello A.*: Fenomenonologia dell'essere umano*. Città Nuova, Roma, 1992

… : *Edith Stein. La passione della verità*. , Ed. Messaggero, Padova, 1998

Baeyer W.V.: *Zur Psychopathologie der Begegnung*. NERVENARZT, 1955, 26, 369

Benda C.E.: *The image of love. Modern trends in psychiatric thinking*. Glencoe Free Press, New York, 1961

Bazzi T., Fizzotti E.: *Guida alla logoterapia; per una psicoterapia riumanizzata*. Città Nuova, Roma, 1996

Binswanger L.: *Per un'antropologia fenomenologica*. Feltrinelli, Milano, 1970

Blankenburg W.: *Zur Psychopathologie des Autismus*. FUNDAMENTA PSYCHIATRICA, 1987, 1: 19-85

Böckenhoff J.: *Die Begegnungsphilosophie*. Alberg, Freiburg, 1970

Boss M.: *Psychoanalyse und Daseinsanalytik*. Bern, Huber, 1957; 2a ed., Kindler, München, 1980

Buber M.: *Il problema dell'uomo*. Bologna, Patron, 1972

… : *Io e Tu*, in *Il principio dialogico*, pp. 59-157. Ed. San Paolo, Cinisello Balsamo, 1993

… : *Incontro. Frammenti autobiografici*, a cura di D. Bidussi. Città Nuova, Roma, 1993

Callieri B.: *Presupposti fenomenologico-esistenziali per una psichiatria interpersonale*. RIV. SPERIM. FRENIAT., 1963, 87, 639

… : *Antropologia e Psichiatria: dall'oggettività del "caso" all'esperienza di rapporto e di incontro con la persona*. MEDICINA E MORALE, 1983, 33, 180

… : *Spiritualità e psicologia: dall'accidia di Evagrio Pontico all'anedonia depressiva e borderline*. ATTUALITÀ IN PSICOL., 1996, 11, 4: 509-517

… : *Aspetti antropologici dell'incontro: il noi tra psicanalisi e metafisica*. ARCH. PSICOL. NEUR. PSICH., 1996, 57: 477-485

Cargnello D.: *Alterità e alienità*, 2ª ed. Milano, Feltrinelli, 1977

Cigoli V.: *Intrecci familiari*. Cortina, Milano, 1998

Fizzotti E. (a cura di): *In principio è la relazione. Viktor Frankl: quale eredità*. Conv. Univ. Salesiana, Roma, 12 dic. 1998 (in stampa)

Frankl V.E.: *Un significato per l'esistenza. Psicoterapia e Umanismo*. 2ª ed. Città Nuova, Roma, 1990

Fromm E.: *The art of loving: an inquiry into the nature of love*. New York, Harper, 1962

Gerl A.B.: *Edith Stein. Vita, filosofia, mistica*. Brescia, Morcelliana, 1998

Giese H., Gebsattel V. von: *Psychopathologie der Sexualität*. Enke, Stuttgart, 1949

Gill M.: *Analysis of Transference*, I. Internat. Univ. Press, New York, 1985

Harper R.: *Nostalgia*. Cleveland, 1975. Tr. it. di B. Callieri e P. Weston: *Nostalgia*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1976

Heidegger M.: *Einführung in die Metaphysik*, 2a ed. Tübingen, 1958

Herzog M.: *Weltentwürfe. Ludwig Binswangers phänomenologische Psychologie*. W. de Gruyter, Berlin, 1994

Jerphagnon L.: *Maurice Nédoncelle*, in *Universalia*. Enc. Universalis, Paris, 1977

Lain Entralgo P.: *Teor'a y realidad del otro. Montalvo*. Madrid, 1961

Lavelle L.: *Conduite à l'égard d'autrui*. A. Michel, Paris, 1957

Löwith K.: *Das Individuum in der Rolle des Mitmenschen*. Leipzig, 1928

Mancini A.: *Un dì si venne a me malinconia....* F. Angeli, Milano, 1998

Marcel G.: *Homo Viator*. Aubier, Paris, 1937

Masullo A.: *"Io": il fantasma dell'identità*. QUADERNI SARDI FILOS. LETT. SCIENZE UMANE, 1995, 2-3

Masullo P.: *Patosofia. L'antropologia relazionale di V.von Weizsäcker*. Guerini, Milano, 1992

Milan G.: *Educare all'incontro. La pedagogia di Martin Buber*. Città Nuova, Roma, 1994

Modell A.H.: *Psicoanalisi in un nuovo contesto* (1984). Cortina, Milano, 1992
Moscovici S. (ed): *Psychologie sociale des rélations à autrui*. Nathan, Paris, 1994. Tr. it.: *La relazione con l'altro*. Cortina, Milano, 1997
Nédoncelle M.: *La réciprocité des consciences. Essai sur la nature de la personne*. Thèse de Sorbonne, Paris, 1942
Ondarza Linares J.: *Psicoterapie di gruppo*, in Pancheri P., Cassano G.B. (a cura di): *Trattato Italiano di Psichiatria*, pp. 3589-3618, 2a ed. Masson, Milano, 1999
Pezzella A.M.: *Edith Stein fenomenologa*. Pont. Univ. Sales., Roma, 1995
Ranly E.W.: Scheler's Phenomenology of Community. L'Aja, Nijhoff, 1966
Scheler M.: *Essenza e forme della simpatia* (1ª ed. 1913, 6ª ed. 1973), trad. di Pusci. Città Nuova, Roma, 1979
Scheler M.: *Sociologia del sapere* (1924), trad. di D. Antiseri. Abete, Roma, 1966
Schottländer F.: *Kontakt und Uebertragung*, in *Almanach 1958*. Klett, Stuttgart, 1958
Stein E.: *Introduzione alla filosofia* (1991), con *Prefazione* di A. Ales Bello. Roma, Città Nuova, 1998
Theunissen M.: *Der Andere. Studien zur Sozialontologie der Gegenwart*. Berlin, 1965
Trüb H.: *Heilung aus der Begegnung*, pref. di M. Buber. Stuttgart, 1949
Uslar D. von: *Vom Wesen der Begegnung*. ZTSCHR. F. PHIL. FORSCHUNG, 1959, 13, 8
Waldenfels B.: *Das Zwischenreich des Dialogs*. Nijhoff, L'Aja, 1971
Weizsäcker V.von, Wyss D.: *Zwischen Medizin und Philosophie*. Goettingen, 1957
Wiplinger F.*: Dialogischer* Logos. Gedanken zur Struktur der Gegenüber. PHILOS. JAHRBUCH, 1962, 70: 169-190
Wyss D.: *Storia della psicologia del profondo* (1977). Città Nuova, Roma, 1979
Zutt J.: *Neue Wege zur Anthropologie*. Springer, Berlin, 1961

Prof. Bruno Callieri
Via Nizza, 59
I-00198 Roma

# EPOCHÈ, PRASSI MIMETICA E NEURONI SPECCHIO

L. CALVI

Pochi mesi fa ho ricevuto una tesi di laurea in psicologia dedicata ai rapporti tra una droga molto diffusa e l'empatia. La droga in questione è l'ecstasy, che appartiene al gruppo delle anfetamine. Sintetizzata nel 1912 in Germania, l'ecstasy è dimenticata fino agli anni '50, quando è nuovamente sintetizzata negli Stati Uniti e comincia ad essere utilizzata in una cerchia molto ristretta, naturalmente in California, tra persone interessate a studiare le modificazioni degli stati di coscienza. Tra costoro anche alcuni psicoterapeuti, che, tra il 1980 e il 1983, conducono la loro osservazione su un certo numero di pazienti, giudicando positivi i loro risultati, a segno di pubblicarli. La pubblicazione avrebbe avuto lo scopo d'impedire che la droga in questione venisse messa al bando, segnalando la sua utilità. Nel frattempo però l'ecstasy diventa un consumo di massa, diffondendosi soprattutto nelle discoteche, cosicché il governo statunitense nel 1986 ne decreta la proibizione, perché l'uso incontrollato ne mette in evidenza gli effetti negativi. Ne consegue che, se anche alcuni psicoterapeuti continuano ad usarla, qualunque risultato se ne abbia non viene più a galla. Le osservazioni già ricordate rimangono documenti isolati e neppure di valore sufficiente sul piano scientifico in quanto condotte senza le precauzioni di metodo, che si richiedono perché qualsiasi ricerca farmacologica si possa ritenere valida.

Dalla tesi, che ho letto e donde attingo queste notizie, non risultano pubblicate neppure osservazioni non-scientifiche bensì fenomenologiche, fondate cioè su un'osservazione dei vissuti degli osservati e degli osservatori tale da poter segnalare i vissuti stessi come indicativi d'una

norma, vale a dire d'una forma costitutiva d'un mondo. Dobbiamo stare, dunque, a quanto per il passato è stato affermato empiricamente.

Quando l'ecstasy circolava ancora liberamente, le "istruzioni per l'uso" la presentavano così: «È uno strumento per arrivare agli altri, per toccarli nell'anima e nello spirito. Se viene usata in modo responsabile si possono creare forti legami di unione e di amore». In termini meno suggestivi: l'ecstasy avrebbe la capacità di generare empatia ed avrebbe per giunta un effetto detto entactogeno, consistente nel mettere il soggetto nelle condizioni di stabilire un contatto con zone inesplorate di sé.

Il nostro laureando affronta il tema coraggiosamente, scegliendo di calarsi di persona nella realtà dell'esistenza tossicomane e lo fa nel modo più concreto, recandosi a frequentare il centro per tossicodipendenti diretto da Gilberto Di Petta, il quale sta praticando da alcuni anni una sua personale versione di "psicoterapia fenomenologica", che sta richiamando sempre più attenzione (cfr. Di Petta). Il nostro laureando ha l'intento dichiarato di dimostrare che l'empatia indotta dall'ecstasy è tutt'altra cosa dell'empatia descritta dai filosofi e praticata dagli psicoterapeuti. Così esordisce e così conclude, affermando d'aver verificato quel che si prefiggeva, ma sinceramente non si può dire d'essere d'accordo con lui. Gli sono comunque molto grato, perché le sue pagine mi hanno suggerito molte riflessioni.

Dopo aver detto che la nostra tesi non documenta l'asserita differenza tra l'empatia e l'"empatia anfetaminica", bisogna dire che da essa non si ricava neppure la conclusione opposta. Semplicemente, non se ne ricava alcuna conclusione. Per arrivare a tanto sarebbe necessario seguire un metodo preciso: il metodo scientifico oppure il metodo fenomenologico. Come tutti sanno, il metodo scientifico vorrebbe un numero di pazienti sufficiente a ricavarne dati statisticamente significativi. Vorrebbe inoltre un gruppo di controllo altrettanto numeroso. Vorrebbe poi altre precauzioni, che non sto a ripetere. Tanto basti per capire quanto sia difficile, praticamente impossibile, organizzare una ricerca di questo tipo, se non altro perché avrebbe per oggetto una sostanza vietata dalla legge e quindi bisognerebbe affrontare un *iter* burocratico sicuramente scoraggiante.

Le caratteristiche del metodo fenomenologico sono molto diverse, a cominciare dal fatto che il problema in questione può emergere e svilupparsi anche in modo molto approfondito nell'ambito dell'osservazione anche d'un solo paziente e può raggiungere la cosiddetta scientificità fenomenologica solamente quando la relazione del caso guadagni consenso.

A questo punto apro una parentesi importante. Udendo l'espressione: "relazione del caso", vien fatto di pensare che si tratti sempre

necessariamente d'una esposizione destinata alla lettura e/o all'ascolto e che si attenda il consenso d'un pubblico. Ma non è necessariamente così. Il consenso è acquistato in primo luogo dalla coscienza paziente del clinico fenomenologicamente orientato, si estende a volte al caso in esame ed allora si può contare spesso su una ricaduta terapeutica, fondata sulla costituzione d'una intersoggettività duale. Recentemente io ho avanzato l'ipotesi che possa costituirsi, sempre nell'ambito dell'impostazione fenomenologica, un'intersoggettività triadica, dove il terzo soggetto può essere un infermiere o un parente del malato o altri.

Un'intersoggettività ancor più numerosa, e cioè gruppale, potrebbe costituirsi, secondo l'esperienza di Di Petta (che è anche un vero e proprio esperimento sul campo), quando i partecipanti vengano coinvolti in un intenso interagire fatto di parole, di silenzi e di gesti, dove l'empatia sarebbe palpabile.

Non manca quasi mai, di fronte a questo modo di vedere le cose, l'accusa di soggettivismo. Quest'accusa, o obiezione che sia, un grande psichiatra come Barison la definisce *naîve*. E argomenta così: «Quella parte della psichiatria, che molti credono costituire tutta la psichiatria, quella che si svolge sul piano scientifico-causalistico, è ovviamente immune da ogni accusa di soggettivismo, ma la psichiatria è anche e soprattutto ermeneutica: si svolge sul piano dei significati, del comprendere, dell'interpretare […]. La verità ermeneutica non è, ovviamente, confutabile, come non è dimostrabile con sillogismi […]».

Ma in che modo l'ermeneutica potrebbe essere la risposta all'obiezione di soggettivismo? In quanto l'ermeneutica non è interpretazione a casaccio, avventata, sbadata e irrevocabile. Essa risponde a precise leggi di necessità «ed è caratterizzata – cito ancora Barison dalla stessa pagina – dall'implicare un cambiamento sia dell'interprete che dell'interpretato» in quanto che, aggiungo io, li unisce nella comprensione, essendo all'opera un meccanismo di rispecchiamento reciproco e quindi di mìmesi.

Partiamo da questo asserito cambiamento per concentrare la nostra attenzione su questo specifico oggetto: la coppia curante-paziente. Lasciamoci illudere che sia possibile avere quello che si dice avesse il critico d'arte Walter Vitzhum: «il dono raro di guardare un'opera d'arte come se fosse lui il primo a vederla, a occhi ben aperti» (Gonzàles-Palacios). Il paragone con l'opera d'arte e con lo sguardo del critico ci deve accompagnare continuamente, nella nostra esplorazione. È questa una situazione dove la primarietà dello sguardo è lapalissiana. Ed altrettanto lapalissiana è la tesi che nello sguardo del critico si uniscano visione sensoriale e visione sovrasensoriale, attività ottica e visione eidetica.

Quanto al "dono raro" di guardare come se fosse la prima volta, dobbiamo aver fiducia che non sia poi tanto raro, giacché ciascuno di noi è in grado di richiamarne almeno un esempio personale alla memoria. Basti pensare al fatto che le occasioni perché ciò accada sono innumerevoli anche se, naturalmente, non tutte le occasioni vengono colte. C'è l'incontro con l'opera d'arte, e non soltanto del critico, ma del semplice fruitore. C'è l'incontro con l'amore della vita. C'è l'incontro dell'appassionato di fiori con il fiore rarissimo nascosto nel bosco. C'è l'incontro docente-discente. Ci sono tanti altri incontri possibili. E c'è l'incontro curante-paziente, su cui ci fermeremo.

Quando uno di noi fa l'esperienza dell'incontro, se fa un passo indietro si accorge di avere messo in ombra una quantità di cose e di altrettante cose s'accorge di averle lasciate in ombra. Tutto questo lasciare in ombra e mettere in ombra è il lavoro dell'epochè. Parte di questo lavoro abbiamo l'impressione di poterlo ricondurre alla nostra volontà e parte invece no. Per rendersi conto di questo bisogna, almeno per qualche momento, mettersi – come dice Proust (p. 704) – dal lato di «coloro che della vita interiore hanno fatto il loro ambiente». Possiamo essere tutti – è ancora Proust che parla – come «l'uomo che sa farsi specchio e riflettere così la propria vita» (*ibid.*).

L'epochè è un dispositivo trascendentale che s'aggiunge al dispositivo psicologico della percezione, che s'aggiunge a sua volta al dispositivo fisiologico della sensazione. L'incontro si colloca quindi al vertice d'una piramide, la cui base è costituita dal mondo fisico e dalla sua irraggiungibile numerosità e la parte mediana è costituita dal mondo della vita quotidiana, dove gli eventi possono essere numerosi, ma comunque più o meno enumerabili e, inoltre, largamente prevedibili.

Al vertice della piramide si vive la *Lebenswelt* husserliana: il mondo della vita. L'epochè, che ce lo schiude, è il gesto culminante d'un processo, in gran parte inconsapevole, di selezione e di assimilazione, che si svolge continuamente nei nostri neuroni e di cui tutte le culture raccontano la proiezione mitica come uscita del cosmo dal caos.

Non c'è alcuno che non sappia, per esperienza personale, che al vertice si respira un'aria speciale: è l'atmosfera dell'empatia, motivo per cui sorge spontanea la domanda, già di per sé assertiva: ma allora è l'epochè che introduce l'empatia? Cui risponde un'altra domanda: non è piuttosto l'empatia che permette il gesto dell'epochè? Sono domande che scaturiscono non dalla cosa in sé bensì dalla struttura lineare del linguaggio alla quale dobbiamo obbedire e che si svolge secondo la cronologia del prima e del dopo. Ma questa non è la cronologia del tempo vissuto, che conosce soltanto l'onnitemporalità. Tanto meno è da prendere in considerazione un rapporto causa-effetto, perché epochè ed

empatia non sono elementi omogenei, che la logica corrente possa indicare come consequenziali l'uno dell'altro.

Ho dato una mia definizione dell'epochè. Ora dovrei darne una dell'empatia ed invece, con lo spirito che fa invitare gli amici ad un simposio, cedo la parola a Mario Rossi Monti (p. 141), il quale si esprime così a proposito d'un libro di Arnaldo Ballerini sull'autismo schizofrenico: «Il mondo dell'autismo è sostanzialmente un mondo caratterizzato da un disturbo profondo dell'empatia nel senso di Edith Stein. L'empatia nel linguaggio abituale della psicologia clinica viene identificata con la comprensione: in questa accezione il termine viene usato nella fenomenologia soggettiva jaspersiana, che usa come strumento prevalente di conoscenza l'immedesimazione e la riattualizzazione in sé delle esperienze dell'altro. Ma empatia nell'accezione in cui E. Stein ha proposto il termine significa invece fare l'esperienza di un soggetto altro da noi e del suo vissuto. In questo senso l'empatia fonda il mondo intersoggettivo: permette d'intuire (e riconoscere) un soggetto simile a noi, un soggetto dotato di una sua vita simile alla nostra nell'orizzonte degli oggetti del mondo. In questo senso l'empatia come costitutiva dell'altro diviene co-costitutiva della nostra stessa ipseità». Lo stesso Rossi Monti conclude citando direttamente dal libro di Ballerini (Ballerini, p. 52): «In una interazione di rimandi, *movimento empatico* [il corsivo è mio] significa costituzione dell'altro come persona e costituzione della propria persona».

Torniamo quindi serenamente di fronte all'incontro, con la mente sgombra da questi problemi: come si possono definire l'empatia e l'epochè, che rapporto c'è tra questi due dispositivi. Problemi che abbiamo affrontato, ne abbiamo proposto una soluzione e di tutto dobbiamo fare e facciamo epochè. Il nostro proposito sarà ora quello di vedere da vicino cosa succede nell'incontro, qual è la sua dinamica: termine usato ed abusato, addirittura scontato, eppure, come vedremo, qui ritrovato nella sua semantica più originaria e più propria. Non sarà il caso d'allungare il repertorio dei possibili incontri, ognuno di noi essendo invitato a farsene una lista esemplificatrice, tratta però dalla propria esperienza personale e non dal mondo del "si dice", come direbbe Heidegger. Non si deve però dimenticare che tra gli incontri bisogna mettere anche gli scontri e vedere eideticamente quale plastica evidenza risalti da un sia pur banale litigio, per non dire da un'aggressione, da uno stupro, da una rissa.

Se questi esempi d'empatia dovessero stupire, vorrebbe dire che ci si attarda ancora su una nozione d'empatia pregiudicata da una presunta contiguità con la simpatia. Non è così, anche questa contiguità va epochizzata. Bisogna liberarsi dall'idea dell'empatia come temperie prima-

riamente emotiva: lo è, ma non primariamente. E soprattutto non si deve pensare che sia sempre una temperie emotiva di segno positivo. Noi possiamo bensì pensare all'empatia come a qualcosa che si "sente", che si "sente" durante il nostro fare, il nostro fare – ad esempio – come psichiatri e/o come psicoterapeuti. Ma ora, che stiamo analizzando l'empatia, non possiamo fermarci al "sentire", dobbiamo vederla eideticamente. Abbiamo parlato di "plastica evidenza" dell'incontro, e non a caso. Dobbiamo sempre immaginare di metterci di fronte ad un incontro con lo spirito d'un critico, o di un fruitore d'arte, che si ponga di fronte ad un gruppo scultoreo.

Quello che si vede è un intreccio di vettori, una rete di traiettorie disegnata dai movimenti intenzionali ora di uno dei due *partners* dell'incontro ora di entrambi. Intreccio, rete: altre parole, altre metafore potrebbero esprimere efficacemente questa visione. Accoppiamento, per esempio, schermaglia, corpo a corpo. Oggi la nostra sensibilità è largamente influenzata dal cinema, perché vi troviamo immagini concrete dell'incontro, più numerose ed evidenti che nella vita stessa. Di questa il cinema è una visualizzazione selettiva ed esclamativa, spesso più efficace di altre forme d'arte. A proposito del cinema – così come di ogni forma d'arte – prendiamo a prestito da André Gide l'espressione *nourritures terrestres* per definire l'alimento e la sorgente della visionarietà.

Seguendo questo modo di vedere, bisogna osservare che la visionarietà collude con una prassi. Una prassi intenzionale, che si sviluppa nei rimandi ed è quindi una prassi mimetica, della quale si possono suggerire molte metafore, molti esempi presi dalla vita quotidiana, affinché non si ricada nel dubbio che questa sia una nozione soggetta subitamente ad evaporare. Tornando all'esempio del gruppo scultoreo, basterà riportare alla memoria il momento in cui gli si gira intorno.

Eccoci arrivati al punto di poter guardare più da vicino la trasformazione di cui parla Barison. Prassi mimetica vuol dire prossimità e scambio, confronto ed ulteriore avvicinamento, influenzamento reciproco fino alla metamorfosi. Ma non è che uno diventi fotocopia e clone dell'altro. L'attività individuale non sparisce, ma si attenua più o meno profondamente, cosicché l'identità permane. Non c'è una fascinazione né un'identificazione, che pure avvengono, sia tra una persona ed un'altra, come dimostrano i sia pur rari casi di plagio, sia tra una persona ed un'opera d'arte, per cui sarà sufficiente portare ad esempio la classica storia di Gradiva.

Enzo Paci convoca il diavolo come figura della mìmesi e dell'equivocità della metamorfosi (p. 372). Anche noi pensiamo che l'incontro non sia un girotondo angelico (se così fosse, non farebbe che

sigillare una conseguita compiutezza ontologica), ma che sia conturbante e quindi un po' sulfureo. L'equivocità consiste appunto nella sua incompiutezza, come due parti d'un tutto che non combacino perfettamente, come un androgino non del tutto riuscito, come due versioni dello stesso quadro o della stessa statua. Il margine non collimante è quel che produce il discorso tra le parti da cui scaturisce un senso nuovo, che si ripartisce tra entrambe le parti. Questo vale tra due persone, ma anche tra una persona ed una cosa. Sappiamo tutti quanto sia carico di senso un oggetto, da noi eletto tra tanti per farne un dono, oppure un'opera d'arte o un libro o un semplice oggetto d'uso, che sembrino parlarci.

Come si può capire, le mie riflessioni portano a prendere in considerazione un qualche legame tra la ricerca eidetica e la ricerca empirica. Questo pensiero mi ha suggerito di rileggere un articolo di Arnaldo Ballerini intitolato: *Psicopatologia fenomenologica e psichiatria biologica: un "salto mortale" epistemico o una possibile convergenza?*. Questa rilettura è stata una cosa diversa rispetto alla prima lettura e, ai miei occhi, ne è stato prova il fatto che la mia attenzione è andata ad alcune espressioni che a suo tempo non avevo sottolineato. Quando Ballerini riferisce il caso di Isa – spacciata per delirante e trattata inutilmente con neurolettici, mentre era depressa e gli antidepressivi l'hanno guarita – l'intuizione che l'ha condotto alla diagnosi giusta viene da lui descritta così: «L'operazione che noi facemmo era quella di un nostro *movimento interno* [il corsivo è mio], che ci condusse alla esperienza della depressione e della immanente colpa […]» (2001). Inutile dire che io ho scoperto in questa frase una descrizione puntuale della prassi mimetica così come nel passo citato poco fa, dove si parla di *movimento empatico*. La mia lettura e la mia interpretazione di questi *movimenti* non possono sicuramente ignorare la precisazione che Ballerini parla di movimenti metaforici mentre la prassi mimetica è fatta di movimenti concreti. Qui entra in gioco evidentemente il circolo ermeneutico tra la metafora e la realtà fisica. Al momento voglio offrire un esempio di prassi mimetica richiamando un mio vecchio studio sulla fenomenologia del diabolico, sviluppato intorno al caso di Lucia (1969 e 2007).

«L'incontro tra me e Lucia è confrontabile con quello che intercorre tra un organo di senso ed una cosa. Il mio io trascendentale ha costituito il mio corpo proprio in organo di senso idoneo ad avere la visione eidetica di Lucia ed in esso infatti si è impressa compattamente la sua corporeità. Non è il mio corpo oggettivo che vede Lucia, ma è il mio corpo proprio che percepisce la sua corporeità compatta: e la percepisce in quanto esso è capace di movimenti intenzionali, cioè di empatia, cosicché posso dire che io conseguo la visione eidetica di Lucia nel mo-

mento in cui il mio corpo proprio funge la compattezza, cioè si atteggia secondo movimenti intenzionali, che lo trasformano rendendolo fugacemente compatto. Si tratta d'una trasformazione intenzionale, irreale (che sottende presumibilmente sempre una trasformazione fisica – *attenzione!* – anche se questa per lo più rimane inavvertita).

[…] Cosa è accaduto allora nel mio incontro con Lucia? Fin dal primo momento ho intuìto la sua unità di senso e successivamente ho capito che la sua apparizione mi aveva fugacemente trasformato, rendendomi compatto. […] Che cosa sia questa trasformazione, questa prassi sensibile, questo fungere corporeo, questo movimento intenzionale non è certo facile a dirsi. […] Sul piano intuitivo si potrebbe dire che è un'empatia nella quale il sentire coinvolge tutto il corpo, che ha dei moti per lo più impercettibili con cui si atteggia in una mìmesi dell'altro».

Come è stato osservato più volte, la dinamica dell'empatia può essere messa verosimilmente in rapporto con il funzionamento dei neuroni specchio. Descrivendo l'empatia in termini di prassi mimetica, può darsi che questo rapporto risulti essere ancora più cogente. In altre occasioni mi sono espresso così: «Comprendere per empatia significa costituire l'intersoggettività operando in sé la mìmesi impercettibile dell'altro» (2005, p. 85). Si tratta d'una mìmesi operata mediante movimenti intenzionali. «L'insieme dei movimenti intenzionali lavora come una prassi mimetica: prassi in quanto induce una vera e propria metamorfosi e mimetica in quanto ciò avviene per influenza dell'uno sull'altro. Questa prassi mimetica conferisce all'oggetto, all'io ed al tu una maggiore pienezza esistenziale, vissuta come un acquisto di "spessore", cioè di maggiore consistenza. Il vissuto di consistenza incarna il conseguimento d'un nuovo significato […]» (1993, p. 98 e 1999, p. 77). Così scrivevo in passato e così mi sento di aggiungere oggi: il nuovo significato è quello che scaturisce dall'esperienza vissuta dell'incontro realizzato. Se ritorniamo per un momento alla domanda posta da Arnaldo Ballerini sui possibili rapporti tra ricerca empirica e ricerca eidetica, possiamo constatare che egli auspica una convergenza tra le due. E lo ribadisce affermando: «Si torna così al valore essenziale del "circolo ermeneutico" nel processo di conoscenza» (2001, nota 10). E continua: «Il problema non è quindi l'impossibile eliminazione del circolo ermeneutico fra fenomenologia ed empirismo, ma lo starci dentro adeguatamente» (*ibid.*). Grazie alla risposta al suo interrogativo, formulata da lui stesso tre anni dopo (2004, p. 32), anche lui viene convocato a sedere al simposio che dicevo. Lui stesso infatti riprende il discorso così: «Del Pistoia […] richiamando il pensiero di Lantéri-Laura sulla costituzione intersoggettiva dell'ipseità come consonanza

nell'umano operare, scrive: "Il solo osservare quel gesto antico dei muratori suscita una risonanza tanto nella mia memoria di persona colta [...] quanto nella mia stessa motricità di persona vivente e fa sì che io partecipi a quei gesti essendovi come incitato o implicato [...]"» (cfr. Del Pistoia, p. 35). Lantéri-Laura e Del Pistoia ricorrono a questo esempio per illustrare la nozione heideggeriana di utensilità, che si può riassumere così: «Sono le opere che permettono questo entrare in rapporto reciproco degli esseri umani» (*ibid.*).

In Ballerini invece l'esempio dei muratori suscita considerazioni molto diverse e precisamente: «Questo è esattamente ciò che lo studio dei c.d. *mirror neurons* sta mettendo in evidenza quale controfaccia neurofisiologica della costituzione dell'Altro, e quindi della dimensione interoggettiva, come co-costitutiva della nostra soggettività. […] Qualsiasi sia il nostro approccio terapeutico, non possiamo che lasciarci guidare dall'attenzione e dallo studio dell'interno esperire del malato e dalla nostra risonanza ad esso: vale a dire osservando la soggettività dell'altro mentre si osserva la propria. […] Si va facendo strada la constatazione della possibile corrispondenza fra neuroscienze e psicopatologia esattamente nella sua declinazione fenomenologica. Ho citato l'esempio dei "*mirror neurons*" e della "costituzione intersoggettiva", ma altri se ne potrebbero fare a sostegno della "complementarietà" (J.Z. Sadler, 1992), epistemica e di fatto, fra ricerca eidetica e ricerca empirica».

Giacché siamo tornati a parlare di neuroni, si direbbe molto invitante l'ipotesi che l'ecstasy agisca non tanto su tutti i neuroni quanto specificamente sui neuroni specchio. Sviluppare questa ipotesi fino a cercarne, e magari trovarne, la conferma sperimentale, vorrebbe dire saperne di più sui neuroni stessi e rilanciare la riflessione sull'empatia. Nessun pregiudizio ci deve essere d'ostacolo. Quella che oggi è una droga pericolosa, domani potrebbe diventare, con uno dei tanti prodigi dei laboratori, un farmaco utile e prezioso. Chi pratica la terapia della parola non rinuncia neanche ora ad aiutarsi con qualche farmaco, pena la frustrazione terapeutica o, molto peggio, la sconsiderata fede nell'onnipotenza della parola.

## BIBLIOGRAFIA

Ballerini A.: *Psicopatologia fenomenologica e psichiatria biologica: un "salto mortale" epistemico o una possibile convergenza?*. COMPRENDRE, 2001, 11: 7-17

… : *Patologia d'un eremitaggio. Uno studio sull'autismo schizofrenico*. Bollati Boringhieri, Torino, 2002

… : *Lettera alla Redazione*. COMPRENDRE, 2004, 14: 32-35

Barison B.: *Opinioni di uno psichiatra di ispirazione heideggeriana sulla psicoterapia*. COMPRENDRE, 2008, 16: 27-33

Calvi L.: *La fenomenologia del diabolico e la psichiatria antropologica*. ARCHIVIO DI PSICOLOGIA NEUROLOGIA E PSICHIATRIA, XXX, fasc. IV-V, 1969; ora nel volume *Il consumo del corpo*, cap. 5. Mimesis, Milano, 2007

… : *Prospettive antropo-fenomenologiche*, in *Trattato Italiano di Psichiatria*, a cura di G.B. Cassano e coll., Masson, Milano, 1993 (1a ed.), I; 1999 (2a ed.), I

… : *Il tempo dell'altro significato. Esercizi fenomenologici d'uno psichiatra*. Mimesis, Milano, 2005

Del Pistoia L.: *Il contributo di Georges Lantéri-Laura all'atteggiamento fenomenologico in psichiatria*. COMPRENDRE, 2003, 13: 27-65

Di Petta G.: *Gruppoanalisi dell'esserci*. F. Angeli, Milano, 2006

Gonzàles-Palacios A.: *Real lenzuolo di Capodimonte*. Il Sole-24 ore, 27 gennaio 2008

Paci E.: *L'ironia di Thomas Mann*. AUT AUT, 1955, 29

Proust M.: *Alla ricerca del tempo perduto*, III. Einaudi, Torino, 1961

Rossi Monti M.: *Uno studio fondamentale sull'autismo schizofrenico*. COMPRENDRE, 2002, 12: 141-146

Prof. Lorenzo Calvi
Pz.ta SS. Maurizio e Lazzaro, 2
I-23827 Lierna (Lc)

# I TRE PIANI DELLA FORMAZIONE

A. CORREALE

*Introduzione*

I servizi pubblici di psichiatria stanno attraversando ormai da molti anni un periodo di particolare difficoltà. Questa difficoltà viene avvertita da chi ci lavora come disagio, sentimento di insufficienza, di rivendicazione, talvolta di solitudine e frustrazione. E ha senz'altro a che vedere con la profonda crisi di risorse, che i servizi pubblici affrontano ormai da molto tempo.

Ma la crisi di risorse non può in alcun modo essere ricondotta esclusivamente ad una mancanza o a una scarsa disponibilità di mezzi – sedi, personale, fondi. Approfondendo la conoscenza dei servizi, si percepisce con grande intensità la sensazione diffusa che esista una profonda disparità tra la domanda, che la sofferenza legata alla malattia mentale propone, e la capacità di risposta di chi opera. Le cose vanno come se chi lavora avvertisse, penosamente, che quanto si fa è sempre un po' al di sotto di quanto viene chiesto: questo vale sul piano strutturale – non abbiamo abbastanza residenze, non abbiamo abbastanza personale, non abbiamo abbastanza risorse economiche, non abbiamo abbastanza posti letto. Ma avviene in modo forse ancor più clamoroso, a livello del rapporto fra terapeuta e paziente. Molto spesso i terapeuti, qualunque sia il loro ruolo professionale, si sentono investiti da una domanda che sembra travalicarli, sia come richiesta di legame affettivo, protettivo, accuditivo, sia, e forse ancor più, come capacità di comprensione di ciò che veramente avviene nella vita di una persona sofferente di una malattia mentale, con tutto il suo corredo di solitudine, diversità, rabbia, ma anche estraneità, dubbio, incertezza e senso di un destino avverso.

Qui si pone il problema della formazione. È possibile affermare che una più adeguata formazione di chi opera nei servizi possa permettere un accoglimento della domanda, da un lato più comprensivo della fenomenologia della malattia mentale, e dall'altro più capace di sopportare, di reggere e, nella misura più ampia possibile, di contraccambiare la domanda di relazione, di rapporto che il paziente presenta?

È esperienza comune che, nonostante gli sforzi che moltissimi operatori compiono e i livelli di straordinaria capacità che si riscontrano in molti servizi, molti insuccessi o ritardi terapeutici siano legati al fatto che gli operatori non si sentono in grado di sostenere fino in fondo il peso di una domanda così perentoria e spesso così spietata, come quella che il paziente psichiatrico sembra avanzare.

Le condizioni in cui si svolge il lavoro sembrano presentare, a questo proposito, almeno tre piani problematici.

Un primo piano riguarda le condizioni stesse della scienza psichiatrica oggi.

La scienza della psichiatria è al momento attuale più la risultante di un arcipelago, che un'attività scientifica integrata. Nel campo della psicoterapia, si confrontano scuole di orientamenti diversi, in ambito psicoanalitico, cognitivista e sistemico. La psichiatria biologica fornisce risposte sempre più impressionanti dal punto di vista delle acquisizioni conoscitive, ma stenta a dialogare con gli approcci, che privilegiano l'accostamento soggettivo e personale al paziente. La fenomenologia – e tutta la sua gloriosa tradizione psicopatologica – sembra relegata ad uno sfondo, che spesso viene vissuto, a torto, più come un ornamento che come un effettivo strumento di intervento. La psichiatria sociale privilegia principalmente l'inserimento nella collettività e sembra più centrata sull'accoglimento del paziente da parte del contesto culturale e sociale circostante, piuttosto che sulle vicissitudini della sua interiorità.

È inevitabile che l'operatore si trovi disorientato e finisca per privilegiare un approccio particolare, forse addirittura in contrapposizione agli altri, purché conferisca un'identità definita, e una prassi terapeutica riconosciuta e, almeno entro certi limiti, standardizzata. Ma questa forse inevitabile evoluzione delle cose comporta un isolamento, una difficoltà di confronto, una frammentazione tra le scuole. È possibile pensare ad una formazione, che lavori nei punti d'intersezione tra i vari approcci disponibili, che sia insomma trasversale e non solo verticale, e che faccia crescere l'operatore attraverso una consapevolezza sempre maggiore delle aree di ricerca condivise, e non solo di quelle che separano i vari tipi di scuole?

Un secondo punto riguarda la vita istituzionale. Benché da molti anni si analizzino e si discuta sulle dinamiche della vita istituzionale,

non sembra che si sia ancora formata una sufficiente consapevolezza di quanto l'appartenere a un gruppo di lavoro organizzato influisca profondamente sull'attitudine terapeutica del singolo curante, che viene profondamente influenzato da dinamiche di potere, emozioni collettive, assunti di base e, comunque, da una pressione del gruppo sul suo apparato psichico, che da un lato esplica un supporto, una facilitazione del lavoro, una protezione affettiva e culturale, ma dall'altro può esercitare effetti deleteri di conformismo, d'inibizione, d'ostruzione del riconoscimento emozionale e quindi spingere ad *acting*, evitamenti, proiezioni, giochi di deleghe.

Un terzo punto riguarda la formazione personale. Oltre alla dimensione della competenza, cui abbiamo accennato in prima istanza e alla dimensione istituzionale, che abbiamo citato in seconda istanza, agisce infatti con forza anche la dimensione personale. Ogni competenza infatti, e ogni ruolo istituzionale, si fonda su un'attitudine personale ineliminabile.

Si potrebbe dire che l'attitudine personale può essere vista da due lati.

Da un lato la vocazione: quali sono le spinte profonde che spingono a scegliere questo lavoro? Il bisogno di sentirsi utile, la fantasia di proteggere un genitore ammalato, una troppo precoce responsabilizzazione, la percezione di aspetti della propria mente, con cui non si è mai venuti del tutto a patti, o più semplicemente un'ansia di potere, un bisogno narcisistico di contare, d'esercitare un'autorità su qualcuno o su qualcosa?

Dall'altro versante, l'attitudine personale si apre al contatto col paziente. Che cosa succede quando veramente si entra in contatto con una persona malata mentalmente? Si potrebbe forse dire che lo sforzo più grande, e più difficile, consiste nella capacità di dare spazio, di albergare nella propria mente e, talvolta, nel proprio corpo, vissuti, emozioni e pensieri che possono avere carattere di stranezza, bizzarria, estraneità, ma anche violenza, tragicità, risentimento, distruttività talvolta mortifera. È possibile "curare" una persona senza far transitare, almeno in qualche modo, dentro di sé questi vissuti? E se questo non avviene, le attitudini terapeutiche, ispirate alla più moderna e rigorosa competenza, non rischiano di restare dimezzate o parziali, perché condotte in un regime d'oggettivazione e quindi private di un veicolo essenziale per la loro trasmissibilità?

La mia proposta è d'indagare questi tre punti o meglio, questi tre piani, nella speranza che la suddivisione in questi tre livelli permetta una visione più chiara del nostro problema e faccia procedere il di-

scorso sulla formazione in modi sempre più strettamente legati all'esperienza quotidiana degli operatori.

Affronteremo in successione la componente personale, poi quella istituzionale, e infine quella professionale e tecnica.

## I. La componente personale

Come accennavo nell'*Introduzione*, non è possibile ridurre la formazione di un operatore psichiatrico alla pura e semplice acquisizione di tecniche terapeutiche. Anche la migliore somministrazione farmacologica o l'applicazione di un modello di intervento validato, o la messa in campo di una capacità sociale d'integrazione, non può prescindere dal fatto che esiste un veicolo, per così dire, un mezzo di trasporto, di tutto ciò che si fa, e che questo mezzo di trasporto consiste nella persona stessa che lo fa, nel suo stile comunicativo, nei sentimenti che trasmette, nella capacità d'accoglienza e, sullo sfondo, nel suo rapporto coi grandi problemi della vita, il lutto, il sesso, l'amore. Se questi aspetti possono restare nello sfondo, in relazioni brevi e superficiali, è inevitabile però che acquistino un'importanza crescente quando la relazione si approfondisce, o addirittura quando diventa una relazione psicoterapica o, comunque, improntata ad una forte intimità.

Come offrire all'operatore una possibilità di crescere in questo campo? Dicevo già nella prima parte di questo scritto, che il problema può essere affrontato da due parti, o meglio rispondendo a due domande. La prima riguarda la vocazione: perché ho scelto questo lavoro? La seconda riguarda il paziente: che cosa mi fa provare questa persona? Affrontiamole in successione.

Il tema della vocazione è un tema troppo vasto per trattarlo in modo esauriente, ma è altrettanto inevitabile farne almeno degli accenni.

Una prima spiegazione possibile ci viene offerta dagli studi sulle prime esperienze di vita, con particolare riferimento a quelle più traumatiche, in cui accanto alla figura della vittima e del persecutore, si staglia quella del salvatore, cioè di colui o colei, che, di fronte ad una scena violenta o dolorosa, si sente in qualche modo obbligato a correre in aiuto, a fare qualcosa. Sullo sfondo di questa chiamata c'è un'acuta percezione di tipo etico: il bisogno di riaddrizzare delle profonde storture, di sostenere chi soffre, d'opporsi ai prepotenti. Questa profonda istanza etica può condurre il futuro terapeuta ad atteggiamenti di oblatività, di protezione, d'interventismo e possono renderlo disponibile anche a grandi fatiche, e comunque ad un'istanza che potremmo definire di tipo riparativo.

È chiaro che siamo in presenza di una tematica a doppia faccia: da un lato l'istanza etica comporta una dedizione, un impegno, un riconoscimento del valore dell'altro, una protesta contro le ingiustizie, e non può non sfociare in un calore, in una solidarietà, in una pazienza, anche, nel sostenere situazioni spesso così difficili, così persistenti. Potremmo dire, sulla scia di Levinas, che il dolore umano ci convoca, ci impegna, non può lasciarci indifferenti. D'altra parte, nel ruolo del salvatore, sembra insinuarsi un senso di colpa, qualcosa che potrebbe definirsi una responsabilizzazione eccessiva, un obbligo, una compulsività degli interventi. Se questo aspetto prevale, possono farsi strada, nelle attività terapeutiche, aspetti di rigidità e una modalità che potremmo definire coattiva, un fare le cose per obbligo e non per scelta.

Un altro aspetto importante di questa dimensione è dato da un rischio, che potremmo definire pedagogico. La vocazione del salvatore può assumere forme troppo rigidamente educative, in cui senza volere il paziente diventa un bambino, e il terapeuta l'adulto, che lo deve guidare nei difficili percorsi della vita. Questo aspetto dell'infantilizzazione del paziente è uno dei rischi più gravi che corrono i terapeuti, che possono vivere la loro vocazione come un mettere ordine nel disordine, un guidare chi non sa regolarsi, con l'inevitabile prezzo di fatica che questo comporta. Insomma non c'è vocazione senza etica, ma l'etica dovrebbe lasciare un margine, per non precipitare in un'oppressiva rigidità.

Un altro aspetto importante della vocazione riguarda il famosissimo tema di Winnicott del bambino troppo rapidamente cresciuto. Molti terapeuti sono stati chiamati, o si sono sentiti chiamati, ad una sorta di crescita accelerata, perché le condizioni della vita – separazioni, lutti, malattie, difficoltà familiari – li hanno messi troppo rapidamente e precocemente nella condizione, almeno in parte, di rinunciare alla propria infanzia, per diventare grandi molto presto e fronteggiare le emergenze circostanti. Questa rinuncia all'infanzia – o meglio, questa parziale riduzione della dimensione infantile – può conferire a certi terapeuti una modalità ossessiva o troppo seria o un fondo di tristezza, come se si rimpiangesse sempre qualcosa, che non si è mai vissuto fino in fondo.

C'è infine un'altra fonte di vocazione psichiatrica: la percezione di aspetti insoliti o bizzarri, francamente malati dentro di sé, che attraverso la scelta della psichiatria, si tenta di bonificare e di trasformare. Al di là di facili ironie, questo tema è di grandissima importanza. La sorpresa di percepire in sé aspetti impliciti e non facilmente condivisibili può diventare attenzione e delicata sensibilità verso aspetti soggettivi dolenti, come crisi transitorie di depersonalizzazione, facili alterazioni dell'umore, interrogazioni frequenti sul senso della vita, delle

cose, difficoltà nell'integrazione fra aspetti corporei e aspetti mentali della propria personalità: tutte queste esperienze possono spingere alla scelta dell'attività psichiatrica, come un modo di venire a capo di qualcosa, che altrimenti resta sempre in sospeso dentro di sé.

Per affrontare questa tematica sono state proposte molto giustamente esperienze di analisi personale, e comunque di *training* individuali o di gruppo, previste da molte scuole, d'origine e orientamento vari. Ma sappiamo bene che questa risorsa, per quanto importante, non può essere messa a disposizione della totalità degli operatori e che poi anche questa risorsa in sé abbia dei limiti. È possibile, allora, che il gruppo degli operatori, tramite iniziative formative *ad hoc*, possa porsi il problema di favorire una crescita personale "in gruppo" degli operatori, oltre che della trasmissione di specifiche competenze e tecniche?

Sull'altro versante, dicevamo che il tema della formazione riguarda la capacità di alloggiare – come direbbe Bion – dentro di sé, nella propria mente e nel proprio corpo, pensieri e vissuti, che possono rivestire un carattere di bizzarria, violenza, inusitatezza. Possiamo affrontare, come esempi illuminanti, la situazione dal punto di vista della psicosi e dal punto di vista del *borderline*.

Quando si viene a contatto con la psicosi si percepisce con chiarezza che è l'intero statuto dell'essere che viene messo in discussione.

Nella fase acuta, lo psicotico non sa se là fuori c'è qualcosa oppure no. E vive quest'incertezza come perdita, terrore, morte o, in via compensatoria, come dominio maniacale, su qualcosa che in realtà non riesce a controllare mai. Nella fase cronica, lo psicotico ci presenta qualcosa di estenuato e sembra chiedere al terapeuta: «Non mi spinga a fare cose troppo difficili. Trovi la strada giusta per me, non di più, non di meno». Nell'uno e nell'altro caso, il curante viene interrogato sul suo proprio modo di rapportarsi con l'essere delle cose. Le cose vanno come se la filosofia coattiva del paziente mettesse in risonanza una filosofia più libera e più consapevole, ma non per questo meno "filosofica": la depersonalizzazione mette in discussione il legame "naturale" fra noi e le cose.

Il delirio, inoltre, richiama la sensazione d'un universale schiacciante, un messaggio che viene dal mondo intero, e richiama quindi il tema angosciante del rapporto fra il singolo e il tutto, fra la vita individuale e quella dell'universo. Si potrebbe dire che il delirio è una forma di religione, che non può non mettere in discussione e in risonanza la religione individuale del terapeuta, quanto il terapeuta percepisce il messaggio schiacciante dell'universalità, quanto è capace di declinarlo con se stesso in forme comunicabili e quanto invece lo respinge considerandolo eccessivo, violento ed insopportabile. Non si tratta infatti di

delirare col paziente, ma di non mostrarsi sordi a questo filo conduttore che unisce il singolo al tutto. Sintonizzarsi insomma con questo aspetto non eliminabile dell'esperienza psicotica, ma anche dell'esperienza umana, e renderlo in qualche modo umano e non travolgente.

E infine la cronicità: la stanchezza, il ritiro, la paura che la vita ci scardini dalle fondamenta, il timore che il sesso, l'amore, la passione, anziché elementi di vitalità diventino elementi di destabilizzazione, di disordine, di caos, possono spingere il terapeuta ad una ribellione, in nome della sua propria vitalità. Come se il terapeuta dovesse dire al paziente: non puoi spengerti così, in questo modo spengi anche me. Se questi vissuti del paziente incontrano nel terapeuta una reazione di ribellione, di negazione, di ostilità, sia pure largamente condivisibile e comprensibile per i motivi che abbiamo detto, può determinarsi tra paziente e terapeuta una specie di cesura, che può indurre dolore nell'uno e nell'altro e, in altri casi, rabbia, risentimento e addirittura fine del rapporto.

Per quanto riguarda i *borderline*, entriamo qui nei vastissimi territori del trauma. Il trauma, o meglio, la relazione traumatica, non causa soltanto dissociazione o identificazione con l'aggressore o coazione a ripetere. Essa implica anche una disorganizzazione della capacità di leggere gli eventi secondo un criterio interpretativo possibile.

Chi proviene da traumi ripetuti sembra convinto in profondità che il mondo non sia leggibile, ma sia un coacervo di follia, brutalità, violenza, intervallato da momenti transitori e poco convincenti di dolcezza e amorevolezza. È inevitabile che questa "perdita di senso" venga vissuta da chi la prova con un senso di rabbia, di ingiustizia, di risentimento, e che il terapeuta la viva come un essere attaccato ingiustamente. Perché devo rispondere io dei tuoi dolori? Perché devi chiedere a me quel senso della vita e delle cose, che nessuno può ragionevolmente dire di possedere? Ma questa rabbia e questa aggressività possono diventare invece la fonte della possibile alleanza se, anziché respingere al paziente questi vissuti, il terapeuta ne coglie l'intrinseca, drammatica richiesta di ricerca di senso, di continuità, della composizione di un rapporto possibile, insomma di una paziente, estremamente paziente capacità di riannodare continuamente fili spezzati, senza cadere nella tentazione di vendette, ritorsioni e modalità tipo occhio per occhio.

Penso che si possa dire che soltanto tramite un profondo attraversamento dell'esperienza traumatica – una capacità d'immedesimazione nella vittima del trauma e nel rischio gravissimo che la vittima diventi persecutore, e che il traumatizzato diventi traumatizzante –, sia possibile avvicinarsi al paziente *borderline*.

In base a queste considerazioni, che si può dire dunque sulla formazione personale d'un operatore? Certamente, alla base sia della psicosi che dei disturbi gravi di personalità, esiste quella che potremmo definire una sorta di filosofia vissuta e sperimentata sul proprio corpo e sulla propria vita affettiva: una realtà che sfugge nella psicosi, una realtà che incalza violenta nel disturbo del carattere di tipo esplosivo.

Penso si possa dire che è fondamentale che il nostro terapeuta, infermiere, assistente sociale, psicologo, medico, debba percepire in sé questa tematica. Custodire insomma dentro se stesso qualcosa – che potremmo definire come il senso drammatico delle cose – qualcosa che ha a che fare con la precarietà e l'imprevedibilità. Ma al tempo stesso sentire che questa precarietà e questa imprevedibilità si possono accoppiare con qualcosa che invece è anche morbido, amorevole, ironico, forse comico, e comunque etico.

Si può dire che il terapeuta deve comunque aver fatto esperienza del lutto, o diretta o mediata, e che deve dialogare con questa area del lutto, come con una parte di sé, né predominante né assente. Il lutto non deve divorare il terapeuta, ma non deve neanche essere relegato in un fondo inafferrabile. Potremmo parlare del terapeuta come di un convalescente, uno che sa cosa vuole dire essere malati, ma che ha provato anche le gioie dello star bene.

Le attitudini che vanno sviluppate per favorire questa modalità – ritrovare il senso d'una propria vocazione e dialogare col vuoto e la mancanza senza farsene inghiottire – potrebbero essere indicate come la ricerca di una sorta di saggezza. In questo senso il significato che i Greci conferivano all'idea di "saggio" ci aiuta moltissimo. Hadot ci ricorda che, nell'antica Grecia, la pratica filosofica non era mai fine a se stessa, né al servizio d'una pura indagine conoscitiva, ma era soprattutto un esercizio spirituale: il dialogo ininterrotto con se stesso, e con le persone vicine, sui temi essenziali dell'umanità, la vita, la morte, l'amore, il sesso, il tempo, lo spazio, l'infanzia.

Per sviluppare questa "saggezza", Hadot ricorda alcuni procedimenti.

Il primo è l'attenzione. Intendiamo per attenzione l'apertura di un ventaglio il più aperto possibile alla ricerca di particolari – nelle istituzioni potrebbero essere quelli provenienti dal paziente, ma anche dal suo contesto e dall'istituzione nella sua totalità – nella convinzione che in molti casi la periferia del campo visivo dia informazioni altrettanto importanti della parte centrale del campo. Messaggi subliminali, sfumature, piccoli aspetti corporei, espressioni verbali al posto di altre e poi naturalmente lapsus, atti mancati: tutto ci parla di qualcosa che va sì riportato all'unità, ma soltanto dopo che è stato fatto un lavoro di acco-

stamento e di raccolta di materiale, anche molto eterogeneo, e di frammenti molto distanti fra di loro. Come vedremo meglio nella terza parte di questo lavoro, concetti come quello di epochè e di attenzione liberamente fluttuante sono particolarmente utili in questo senso.

Un secondo procedimento potrebbe essere definito come controllo, intendendo per controllo il potere che si esercita su se stessi. È implicito, in questo concetto di potere su se stessi, una certa capacità non solo di riconoscere le emozioni che il paziente ci fa provare, ma anche le emozioni che comunque noi proviamo per lui o per lei, non in base soltanto alla sua storia, ma alla nostra, alle nostre preferenze, scelte, idiosincrasie, orientamenti, passioni. Il controllo implica la capacità di non lasciarsi andare, o di lasciarsi andare in modo consapevole, e comunque di controllare gli *acting*, le emozioni di tipo isterico, le rabbie, le paure, e di chiedere aiuto a persone vicine di cui ci si fida, se questo controllo risulta impossibile esercitarlo da soli.

Purtroppo si ha molto spesso la sensazione che il terapeuta, nelle istituzioni, sia non sempre consapevole dell'effetto che fanno le sue parole e i suoi gesti sull'altro, sul suo paziente. In questo, il gruppo può svolgere una funzione fondamentale, evitando tendenze alla colpevolizzazione e ponendosi invece nella prospettiva del rinforzo del controllo, proprio e altrui. Deve essere però molto ben chiaro che, per controllo, non si intende psicoanaliticamente la negazione o la rimozione dei propri vissuti, ma una prospettiva, forse più stoica che psicoanalitica, di padronanza dei propri vissuti e di capacità di rappresentarseli e di dialogarci.

Infine, la meditazione. Non è possibile pensare che tutto si svolga al momento dell'incontro. Molti eventi significativi della relazione avvengono dopo, quando il terapeuta ritorna col pensiero a ciò che è successo. Può esserci un pensiero orientato, o il pensiero può ripresentarsi all'improvviso. In alcuni casi fortunati, si può sognare un paziente o essere colpiti da qualcosa che ha detto o ha fatto in un altro momento della vita, ma quel che è certo è che, nel momento successivo, nell'*après coup*, alcuni filtri attivi nel corso dell'incontro possono venir meno e alcune comunicazioni, che non sono passate nella seduta, possono nell'assenza arrivare a destinazione. Quei brevi intervalli fra una seduta e l'altra, la chiacchierata con il collega, il tragitto in macchina dal servizio a casa, brevi momenti di solitudine, magari passeggiando per la città, o imponendosi volontariamente di non svolgere, almeno per qualche minuto, nessuna attività, possono essere utili in questo senso.

Attenzione, controllo, meditazione: tutte e tre queste posizioni sono praticabili in gruppo e tutti i gruppi di discussione clinica, al di là del consiglio, dell'orientamento, dell'interpretazione, dovrebbero svilup-

pare nel gruppo stesso queste modalità. È solo attraverso questo tipo di "saggezza" che non si finisce mai di acquisire, che si può instaurare, da un lato, quel dialogo con la mancanza e l'assenza che, come dicevamo, l'operatore deve instaurare in modo non depressivo dentro di sé, e dall'altro, lo stesso dialogo fra operatori, perché la ricerca di queste qualità diventi uno stimolo, non solo per se stessi ma anche per gli altri membri del gruppo.

## II. La componente istituzionale

È esperienza comune che il contesto istituzionale in cui si è immersi influenzi in modo molto profondo non soltanto il modo di lavorare, ma lo stile personale, le modalità comunicative e addirittura lo stato d'animo con cui si opera. Non c'è dubbio, infatti, che una grande parte delle emozioni che si provano nel corso dell'attività professionale, più che essere legata ai pazienti, sia legata ai colleghi, alla solidarietà – se presente – o altrimenti alla competizione, alle rivalità, agli scontri coi compagni di lavoro. Si può dire – senza timore di sbagliare – che le vicissitudini nascoste del piano emozionale dell'istituzione siano altrettanto importanti delle attitudini personali al lavoro e della competenza professionale in senso stretto.

È importante quindi che l'attività formativa permetta di approfondire la conoscenza di come funzionano le istituzioni, di quali siano le forze emotive che le caratterizzano, e di come la storia, i traumi, le vicende interne determinino un clima, un'atmosfera, un'aria che penetra fino nel profondo dell'organizzazione mentale, e talvolta anche fisica, dei suoi componenti.

Un primo modo di offrire uno strumento perché l'operatore possa "leggere" il contesto in cui è immerso è dato dalla distinzione tra organizzazione e comunità, come due polarità fondamentali dell'istituzione.

Intendiamo per organizzazione, in senso stretto, l'insieme dei compiti che l'istituzione stessa deve svolgere, i ruoli assegnati, le responsabilità individuali, il potere di cui ognuno dispone e l'autorità maggiore o minore che può esercitare su chi gli sta intorno. Soltanto in questo senso l'istituzione coincide con l'organizzazione. Come sono affidati gli incarichi professionali? Quali mansioni svolge ogni parte dell'istituzione? Come sono suddivisi i compiti? Come interagiscono fra loro le varie parti?

La teoria dell'organizzazione è ormai entrata a far parte della formazione degli operatori, che sempre più stanno diventando esperti su pro-

blemi di suddivisione del lavoro, acquisizione di ruoli, interazione di funzioni.

Ma l'istituzione non è solo organizzazione. Si può pensare l'istituzione, anche, come un insieme di persone che, per il fatto di lavorare fianco a fianco, spesso per molti anni di seguito, non si scambiano soltanto compiti e responsabilità, ma costruiscono insieme una mentalità comune, valori condivisi, storie partecipate, ricordi collettivi. Questo aspetto comunitario può funzionare come un alimento affettivo – nel caso che l'operatore se ne senta parte – o funzionare come una terribile minaccia, nel caso che, per qualche motivo, l'operatore se ne senta escluso o perseguitato. Contribuisce alla costituzione di questo clima comunitario lo stile della *leadership*, dei legami affettivi e non solo professionali fra i membri, le entrate e le uscite dei nuovi operatori, gli amori, le antipatie, gli odi, insomma tutti i legami che il corso del tempo stratifica e fa sviluppare.

Questo aspetto comunitario ha un'importanza fondamentale per un motivo, che un filosofo italiano, Roberto Esposito, ha indicato con grande chiarezza. La parola latina *munus*, su cui nasce il termine comunità, non indica soltanto un compito, ma anche un dono, un'offerta. La vita istituzionale si struttura intorno ad una ricchissima serie di scambi che, da un lato, sono scambi di compiti, responsabilità, poteri, secondo una logica che potremmo definire di tipo contrattuale o giuridico o sindacale. Dall'altro, si struttura invece intorno a scambi personali, fantasie, affetti, impegni di portata maggiore o minore, stili personali.

Esiste quindi tutta una gerarchia, che nel campo dell'organizzazione potremmo definire del potere, nel campo della comunità, invece, potremmo definire degli affetti o degli stili personali. Una persona di scarso potere può avere una grande influenza personale, il potere di un primario o di una caposala può non corrispondere ad una altrettanto forte capacità di contribuire ad un piano fantasmatico o culturale o emozionale. Esistono insomma ruoli gerarchici, ma anche ruoli che rispondono ad una gerarchia di altro tipo, di simpatia, di generosità, di calore, o al contrario, di distruttività, d'invidia, di competizione.

Tener presente questo complicatissimo intreccio fra il livello gerarchico del potere, pertinente all'organizzazione, e il livello comunitario degli affetti, pertinente agli scambi personali, è di fondamentale importanza, perché proprio dall'equilibrio di queste due componenti deriva la possibilità di una vita istituzionale capace di alimentare in senso benefico il singolo operatore e non di deprivarlo.

Esiste infatti un rischio molto grave e cioè che la comunità, nel suo insieme, tenda ad irrigidire alcune sue caratteristiche, che lo stile personale di qualcuno o lo stile di tutto il gruppo diventi pietrificato, ripeti-

tivo, in una parola ideologizzato. In questo caso, i fattori identitari prendono il sopravvento su quelli comunitari e la comunità diventa caratterizzata dal suo opporsi a qualcosa, piuttosto che dal suo fronteggiare o incontrare qualcosa.

Lo stesso fenomeno si può verificare all'interno dell'istituzione nel suo complesso. Se gli scambi comunitari e quelli pertinenti all'organizzazione non si armonizzano, si formeranno dei sottogruppi, e ognuno dei sottogruppi tenderà ad affermare se stesso in contrapposizione agli altri. In altri termini, se non riesco a sentirmi appartenente all'istituzione nel suo complesso, mi sentirò almeno appartenente ad uno dei sottogruppi che la compongono.

Si può approfondire questo punto ricorrendo al concetto d'esclusione. In molte istituzioni le cose vanno come se si dovesse necessariamente escludere qualcosa. Questo qualcosa è molto spesso una componente personale che, per la sua intensità, per la sua diversità o per la sua potenza, viene sentita come pericolosa e viene quindi messa al bando. Ma quasi sempre questa componente personale, proprio perché esclusa, ritorna in altre forme, spesso spostate, come polemiche, lotte di potere, bizzarrie, forme di nevrosi o di ansia o *acting*.

Quali sono i modi per indagare questi complessi intrecci? Ne vorrei indicare sostanzialmente due.

Il primo è rappresentato dal concetto di contagio. È grande merito di Bion l'aver indicato che, quando un gruppo si sente inadeguato a fronteggiare un compito, ricorre facilmente alla fuga in un'emozione collettiva di tipo depressivo, paranoico o maniacale e che questo movimento consente ai singoli membri del gruppo di ritrovare un'unità, non attraverso la partecipazione ad un compito condiviso, ma attraverso la condivisione d'un'emozione uguale per tutti.

È qui che si attiva il rischio del contagio. Quando il gruppo si trova in questo stato, tutti i singoli membri del gruppo sono attratti dall'emozione collettiva, se ne fanno appunto contagiare e diventa molto difficile mantenere una individualità, perché questa viene sentita come un rischio d'allontanamento dal gruppo, e quindi di persecutorietà o di solitudine.

Fenomeni di questo tipo si verificano con grande facilità nelle istituzioni: mancanze di risorse, perdite di personaggi significativi, scelte contrastanti di tipo istituzionale o professionale, compiti troppo impegnativi possono determinare stati d'animo d'insufficienza, che a loro volta possono venire immediatamente compensati dall'entrata in un assunto di base, dotate delle caratteristiche che abbiamo appena descritto. È molto importante che l'attività formativa permetta all'operatore di riconoscere questi stati, sia come esperienza personale, sia come parteci-

pazione a un momento collettivo, e di favorire quindi una riflessione individuale e comune su ciò che sta accadendo.

L'altro punto riguarda la storia. Ogni istituzione è dotata di una storia, che spesso è anche storia di sconfitte, di traumi, di difficoltà. Ma quali capacità hanno le istituzioni di prendere atto che su di esse ha veramente agito un trauma, per esempio la presenza di un personaggio perturbante, o la scomparsa di un personaggio protettivo o significativo, o la sofferenza grave di uno dei membri e così via? Freud, nei suoi lavori sulla psicologia del gruppo, ha mostrato con grande chiarezza che molti traumi non vengono ricordati, ma trasformati in azioni, per esempio attraverso la costruzione di totem, l'attività di modalità idealizzanti, la creazione di idoli, oppure attraverso l'esclusione dalla memoria del gruppo di vicende antiche, di cui si tende a non parlare più.

Le cose vanno come se i gruppi avessero una capacità limitata di riconoscere i loro traumi, e tendessero invece a instaurare delle aree cieche o a controllare il trauma attraverso modalità di tipo paranoicale, proiettando cioè su un capro espiatorio all'interno del gruppo – o su un nemico al suo esterno o su una istituzione concorrente –, il pericolo temuto e il dolore non riconosciuto.

È importante che l'attività formativa permetta agli operatori di riconoscere quali effetti può esercitare un trauma sulla vita istituzionale, quali sono le difese che l'istituzione stessa può attivare per controllarlo – quasi sempre di tipo centrato sulla negazione o sulla scissione – e quali sono le modalità con cui l'effetto negativo di un trauma si perpetua nel tempo. Nelle istituzioni, infatti, come nei popoli, si può attivare la trasmissione trans-generazionale del trauma, per cui anche gli ultimi venuti possono risentire quasi passivamente di un clima post-traumatico, basato sull'impossibilità di parlare di certe cose o su un modo rigido di parlarne, che ne perpetua una memoria cristallizzata e non suscettibile di approfondimenti o di sviluppi.

Una formazione consapevole non deve in alcun modo prescindere da queste conoscenze più approfondite del funzionamento istituzionale: anzi si può dire che ogni attività di formazione può essere considerata anche come un'occasione per cui, accanto alla trasmissione di un sapere, s'induce anche una possibilità di riflessione sulla modalità di funzionamento dell'istituzione in quel momento.

Un esempio tipico è dato dalla supervisione. Una supervisione ben fatta quasi sempre permetterà non soltanto un accrescimento delle competenze e delle conoscenze sul caso discusso, ma metterà in luce in che modo, nel rapporto con quel caso, hanno giocato un ruolo aree cieche, esclusioni, creazione di capri espiatori. Tutto questo non si manifesterà

in modo nitido, ma si manifesterà – per così dire – in controluce, a qualunque occhio attento capace di osservarlo.

## III. La componente professionale

Possiamo intendere come componente professionale tutta l'attività formativa diretta a trasmettere conoscenze e competenze concernenti la pratica della psichiatria.

In particolare, sono molto diffuse e ben note le numerosissime iniziative dirette a trasmettere conoscenze a carattere biologico-farmacologico e in genere concernenti le neuroscienze e il funzionamento del substrato organico della mente. Sull'altro versante, le competenze di carattere maggiormente psicologico si suddividono nelle varie aree: si può osservare – come dicevamo all'inizio – che si fronteggino conoscenze di carattere psicoanalitico, sistemico, cognitivista, psicodinamico, evoluzionistico. Nell'insieme, possiamo considerare che l'attività formativa è diretta prevalentemente alle trasmissioni di modelli, alla loro verificabilità, alla loro utilizzabilità pratica.

In questa sede non vorremmo però tanto discutere dei modelli, ma collocarli sullo sfondo generale di queste considerazioni, con particolare riferimento alla pratica che più ci interessa, quella psicoanalitica. Vorremmo proporre sostanzialmente tre punti.

1. In primo luogo, vorremmo porre questa domanda. È possibile operare una trasmissione di modelli, che non consista soltanto nella loro descrizione, seguita dalla loro applicabilità e verificabilità? Altrimenti detto, è possibile, nel corso della trasmissione di tali modelli, cogliere qualcosa che potremmo definire come un'essenza di questi modelli stessi, intendendo per essenza un insieme di idee nucleari, di principi guida, di intuizioni originarie, da cui i modelli stessi scaturiscono? È possibile cioè chiedersi se, per limitarsi all'ambito psicoanalitico, esiste una concezione psicoanalitica dell'uomo, una sorta d'antropologia, una visione del mondo, o meglio, della psiche umana, che dalla psicoanalisi stessa proviene? È possibile cioè operare, in qualche modo, filosoficamente, sul modello, per indagare quale vita lo anima, quale visione del mondo tende a indurre, in modo che l'operatore che lo applica sia il più possibile consapevole dell'operazione conoscitiva, oltre che terapeutica, che sta facendo e delle implicazioni etiche che sono implicite nel suo lavoro?

Per fare anche un solo esempio. La concezione psicoanalitica della libido freudiana e il suo riallacciarsi all'antichissima tradizione dell'eros platonico in che modo influenzano eticamente ed estetica-

mente l'attività dell'operatore? Questa idea – appunto dell'eros – come substrato della vita psichica, in che modo differenzia il metodo psicoanalitico, per esempio, da un metodo cognitivista o da uno sistemico o da uno rigidamente biologico?

Oppure l'idea che esista nell'uomo un'intrinseca, irriducibile conflittualità – cioè che, per la sua posizione naturale, l'uomo sia, in larga misura, costretto a dialettizzare continuamente fra opposti impulsi e desideri, e che talune contraddizioni siano, non una sgradevole interferenza, ma un'inevitabile condizione della vita stessa – in che modo condizionerà l'operare dei terapeuti? E ancora, l'idea psicoanalitica di ripetizione è destinata ad influire su una visione rigidamente deterministica dell'operare umano o è possibile ipotizzare che, sulla scorta di alcune riflessioni freudiane, il passaggio dal processo primario al processo secondario permetta, in una certa misura, alcune quote sostenibili di svincolamento dalla ripetizione stessa?

Come si vede i temi sono molto numerosi e un approccio basato sul cogliere l'essenza, e non soltanto una trasmissibilità pura e semplice, arricchisce enormemente il campo. È possibile immaginare una formazione che si ponga questo problema? Una formazione, cioè, che sia, in senso filosofico, sufficientemente critica e consapevole di se stessa?

2. Un secondo punto riguarda l'intreccio fra discipline. Abbiamo cominciato questo lavoro sottolineando la complessità del campo psichiatrico e la difficoltà di orientarsi fra scuole diverse, spesso in feroce concorrenza fra loro, con gl'inevitabili contraccolpi di tipo identitario, d'intolleranza e di critica aprioristica.

Come superare questa grave spinta alla frammentazione? È possibile immaginare attività formative che, oltre a trasmettere nuclei concettuali di fondo del proprio approccio, si avvicinino anche ai bordi del campo, in quei punti, cioè, in cui l'approccio sfiora altri modi d'osservazione del campo stesso? È possibile cioè non contrapporre ad esempio lo psicologico all'organico, il sogno al reale, il poetico all'argomentativo e studiare la linea in cui i diversi piani s'incontrano, per conoscerne meglio interazioni e effetti reciproci?

Per dare un esempio, vorrei, molto rapidamente, elencare alcuni temi, che definirei traversali, il cui approfondimento implica cioè un attraversamento di aree diverse, ma convergenti.

Un primo esempio potrebbe essere la memoria. La concezione psicoanalitica della memoria ha tratto un enorme vantaggio dalle conoscenze relative alla memoria procedurale, alla memoria implicita, alla memoria traumatica. È possibile correlare i dati offerti dalla clinica psicoanalitica con quelli offerti dalle neuroscienze e affrontare, con corag-

gio, convergenze e divergenze, conferme e disconferme, diramazioni e sviluppi?

Un altro tema ci è dato dal trauma. I dati delle neuroscienze sul trauma, correlati con quelli offerti dagli studi sul bambino della psicologia evoluzionistica, sono ricchissimi. Altrettanto ricchi sono i dati offerti dagli approcci biologici, e dal modo con cui il nostro corpo registra e fa persistere le sue reazioni al trauma stesso. È possibile correlare gli studi freudiani e dei successori di Freud sulla coazione a ripetere, con i dati offertici dalle scoperte relative a un'iscrizione rigida dell'esperienza traumatica nella psiche umana?

Un terzo campo potrebbe riguardare la sessualità. La sessualità sembra un campo che viene sempre più circoscritto e di cui si nega sempre più l'influenza pervasiva che, all'inizio della psicoanalisi, essa sembrava esercitare sulla totalità dell'apparato psichico. Ma è davvero tutto così scontato? Possiamo veramente dire che non crediamo più nella sessualità infantile? E in che modo sessualità, sensualità e tenerezza si intrecciano nel bambino e nell'adulto, in che modo sessualità e amore coincidono, divergono, lottano fra loro, s'incontrano e si scontrano?

Un altro tema è quello dell'empatia. Le recenti scoperte sulle nuove funzioni celebrali hanno gettato una luce inaspettata sulle modalità con cui gli essere umani si conoscono gli uni con gli altri. In che modo la psicoanalisi può arricchire i dati offertici dalle nuove conoscenze e viceversa? I comportamenti imitativi, di cui sembra che il nostro cervello abbia bisogno per conoscere l'attività mentale di un'altra persona – come ci dicono gli studi sui neuroni specchio –, sono indispensabili, totalizzanti, parziali, hanno bisogno d'inibizioni, ampliamenti, in che modo sono influenzati dal trauma, dalla violenza e dalle sorprese?

Ho elencato alcuni temi che – come si vede – sono più temi di ricerca che di formazione. Ma l'idea che vorrei proporre è proprio questa: la formazione sia sempre in qualche modo consapevole di stare toccando alcuni limiti e che anche la persona più inesperta tragga vantaggio, non solo dall'imparare una tecnica, ma anche dal conoscere le premesse da cui questa tecnica deriva e le implicazioni operative che essa fa nascere.

3. Un ultimo punto riguarda il linguaggio.

Nella grande maggioranza dei casi, la formazione utilizza un linguaggio tecnico. Ogni disciplina si è costruita un suo gergo, con lo scopo indiscutibilmente valido di usare termini precisi, che veicolino significati delimitati e che non inducano confusione nel gruppo d'appartenenza di chi li usa. Non c'è ormai conferenza o seminario, in cui il conferenziere non usi ausili visivi o schemi didattici. Non c'è dubbio che, in assenza di questi ausili, il messaggio venga reso più

vago, l'attenzione possa distrarsi e il mantenimento dell'acquisizione sia reso più difficile.

Per altro, l'uso esclusivo di un linguaggio tecnico corre il rischio di lasciare che tutto il discorso si svolga in un'area delimitata e circoscritta, resti per così dire parallelo al mondo di chi ascolta e non penetri più in profondità nel suo fondo emozionale. Non c'è dubbio, infatti, che il linguaggio ordinario abbia, se usato con consapevolezza e delicatezza, un immenso potere evocativo, e la capacità di collegare l'ascoltatore non soltanto a ciò che ascolta, ma a ciò che lui o lei stessa ha sentito in passato, e permettere di provare che, ascoltando un seminario formativo, si sente parlare non soltanto di qualcosa, ma ancor più di se stessi. È possibile usare un linguaggio che induca questa direzione centripeta, oltre che centrifuga, che costringa l'ascoltatore a sentirsi convocato, messo in gioco, spinto ad interrogarsi?

Si potrebbe dire che questo è il compito del linguaggio poetico, del linguaggio cioè che determina nuove aggregazioni di immagini e di percezioni sensoriali e che permette di cogliere una realtà, che sta – per così dire – dietro le quinte della percezione abituale, che tutti noi conosciamo nella vita quotidiana. Ma penso si possa dire che, anche senza arrivare al linguaggio poetico, che non a tutti è accessibile, già il tentativo di esprimere il linguaggio dell'esperienza personale, nei concetti che si trasmettono nel corso della formazione, possa suscitare un'area conoscitiva, una serie di domande, un'autointerrogazione, in certi momenti una commozione, un'apertura, una sorpresa che altrimenti rimarrebbero implicite o addirittura negate.

Richiamerei allora per concludere i tre punti che ho appena proposto. I modelli dovrebbero implicare, nel momento della loro trasmissione, anche, in una certa misura, la critica di se stessi, nel senso cioè di rendere esplicite le premesse da cui derivano.

In secondo luogo, ci vorrebbe il coraggio di utilizzare i punti o le linee in cui le discipline si incontrano, per coglierne gli effetti d'illuminazione e d'ombreggiamento, di conferma e disconferma.

Infine un linguaggio ordinario, comune, umano, dovrebbe aggiungersi a quello tecnico, per favorire una visione binoculare, un effetto di figura-sfondo, in cui il linguaggio scientifico, il linguaggio ordinario e, laddove sia possibile, il linguaggio poetico si movimentino l'un l'altro, in un gioco di rimandi.

Tutto questo può sembrare un po' utopico, ma in fondo si tratta d'un'utopia feconda, che può spingerci verso realizzazioni ulteriori e non lasciarci in una sterile idealizzazione.

## BIBLIOGRAFIA


Arendt H.: *Vita activa. La condizione umana*. Bompiani, Milano, 1994

Basaglia F.: *L'istituzione negata.* Einaudi, Torino, 1968

Benvenuto S.: *L'interpretazione e il reale*. RIVISTA ITALIANA DI GRUPPOANALISI, 1998, XIII, 3-4 dicembre: 7-46

… : *Franco Basaglia e il movimento psichiatrico anti-istituzionale in Italia*. PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA, 2005, 24: 3

… : *Memoria e desiderio*. PSICOTERAPIA E SCIENZE UMANE, XXXIX, n. 4. Franco Angeli, Roma, 2005

Boccanegra L.: *L'origine condivisa: il gruppo dei colleghi come interlocutore appropriato nei casi difficili*. In Correale A., Rinaldi L.: *Quale psicoanalisi per le psicosi?*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997

… : *La "poltrona vuota": l'elaborazione controtransferale attraverso il gruppo dei colleghi*, in Gaburri E. (a cura di): *Emozione ed interpretazione.* Bollati Boringhieri, Torino, 1997

Boccanegra L., Magrini M., Milella M.: *Autocredibilità insatura. L'apporto del gruppo dei colleghi all'elaborazione controtransferale dell'analista impegnato con pazienti psicotici*, in Rinaldi L. (a cura di): *Stati caotici della mente*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003

Callieri B.: *Quando vince l'ombra.* Ed. Universitarie Romane, Roma, 2001

Cimino C.: *La psicosi e il continuo*. RIVISTA DI PSICOANALISI, 2003, XLIX, 1 gennaio-marzo

… : *Il vuoto necessario*. RIVISTA DI PSICOANALISI, 2005, XXI, 1 gennaio-marzo: 19-31

Correale A.: *Il lavoro d'équipe*, in Berti Ceroni G., Correale A. (a cura di): *Psicoanalisi e psichiatria.* Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999

… : *La narrazione in psichiatria*. PSICOTERAPIA PSICOANALITICA, Anno XI, 2 luglio-dicembre: 101-116. Edizioni Borla, Roma, 2004

Di Petta G. (a cura di): *Nella terra di nessuno. Doppia diagnosi e trattamento integrato: l'approccio fenomenologico*. Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2009

DSM IV: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali.* Massone, Milano, 1996

Ferruta A.: *La psicoanalisi fuori dalla nicchia ecologica. A contatto con le patologie gravi nelle Istituzioni*, in Rinaldi L. (a cura di): *Stati caotici della mente.* Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003

Freud S.: *Beyond the pleasure principle. The Standard Edition,* XVIII. The Hogarth Press, London, 1920

… : *The questions of lay analysis*. *The Standard Edition,* XX. The Hogarth Press, London, 1926

Hadot P. : *Exercices spirituaels et philosophie antique.* Edition Albin Michel, Parigi, 2002. Trad. it.: *Esercizi spirituali e filosofia antica*. Piccola Biblioteca Einaudi, Torino, 2005

Hinshelwood R.D.: *Suffering Insanity. Psychoanalytic Essays On Psychosis.* Routledge, London, 2004

Husserl E.: *Fenomenologia e psicologia.* Filema, Napoli, 2003

Jaeger W.: *La formazione dell'uomo greco*. La Nuova Italia, Firenze, 1936

Jaspers K.: *Psicopatologia generale*. Il pensiero Scientifico, Roma, 1964

… : *La fede filosofica*. Cortina, Milano, 2005

Kaës R. (1986). *Le group comme appareil de transformation*. REVUE DE PSYCHOTHER. PSYCHANAL. DE GROUP, 1986, 5-6

Koirè A.: *Dal mondo chiuso all'universo infinito.* Feltrinelli, Milano, 1970

Meares R.: *A Poetics of change*. PSYCHOANALYTIC DIALOQUE, 2005, XV, 5 October: 661-680

Polenz M.: *L'uomo greco* (1947). Firenze, 1962

Racamier P.C.: *Le soin institutionel des psychotiques : nature et fonction*. L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 1970, 46,8

Russo S.: *Il lavoro psichiatrico d'équipe: alla ricerca di uno spazio di pensiero per le patologie gravi*. In Correale A., Rinaldi L.: *Quale psicoanalisi per le psicosi?*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997

Speziale Bagliacca R. (a cura di): *Formazione e percezione psicoanalitica.* Feltrinelli, Milano, 1980

Van Der Kolb B.A. *et al.*: *Traumatic Stress.* The Guilford Press, New York, 1996

Vigorelli M.: *Integrated theoretical/clinical and organizational models for the institutional treatment of* psychosis, in Pestalozzi, Frish, Hinshelwood: *Psichoanalytic Psychotherapy in Institutional Settings.* London, Karnac Books, 1998

Zapparoli G.C.: *La paura e la noia.* Il Saggiatore, Milano, 1979

Prof. Antonello Correale
Via Delle Isole, 22
I-00198 Roma

# FENOMENOLOGIA E PSICOTERAPIA: UNA RICERCA SUL CONTRIBUTO DELLA RIVISTA COMPRENDRE

N. DELLADIO

Il presente contributo vuole essere un vero e proprio tratteggio e insieme una sottolineatura dei passaggi più significativi che hanno riguardato la ricerca per la mia tesi di laurea in psicologia, discussa presso l'Università di Padova nel giugno del 2005.

Ho voluto mantenere questo lavoro il più possibile aderente al percorso originariamente tracciato, con una tensione rivolta all'inaspettato, al non ancora accaduto; consapevole che se fossi riuscito a trovare la piattaforma sottostante a quello che considero sempre più come un mezzo, uno strumento generativo di cambiamento, trans-formativo, curativo e quindi in definitiva terapeutico, sarei riuscito nell'impresa di *con-fidare* in una fenomenologia declinabile terapeuticamente e *con-fermare* ancora una volta, con Lorenzo Calvi, che fenomenologia è psicoterapia.

## I. NASCITA E SVILUPPO DELLA RIVISTA COMPRENDRE

Sono passati diciotto anni dal 1988, anno in cui, grazie all'impulso e allo slancio personale del prof. Lorenzo Calvi, nasce la rivista COMPRENDRE che si presenta con la finalità primaria di «far incontrare in una medesima pubblicazione i cultori dell'antropologia e della psico-

patologia fenomenologiche, abituati a disperdere i loro contributi in varie sedi»[1]. Successivamente questo stesso proponimento si rende evidente con la modifica del sottotitolo: da *Archive International pour l'Anthropologie Phénoménologique* (numero 7, 1994), COMPRENDRE diventa, a partire dal numero 8 (1998), *Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques*. Lo stesso anno, quattro anni dopo la costituzione della Società Italiana per la Psicopatologia (S.I.Psp.) (3 novembre 1994), l'avvenuto cambiamento del sottotitolo con l'aggiunta della dicitura *et la Psychopathologie* sta a indicare che «gli strettissimi rapporti tra COMPRENDRE e la Società e la comunanza dei loro interessi hanno portato a far sì che da questo numero COMPRENDRE si presenti come "organo ufficiale" della Società stessa» (Calvi, 1998, p. 5). Calvi conosce personalmente molti studiosi affascinati dal rapporto indisgiungibile che lega la prassi psichiatrica e/o psicopatologica alla fenomenologia sia in Italia che all'estero, in Francia specialmente, dove lo porta di preferenza la conoscenza della lingua. Volendo dare un taglio internazionale alla rivista egli decide per un titolo in francese, che richiama un articolo molto conosciuto di Henry Maldiney. Fin dall'inizio la rivista è aperta sia a psichiatri che a filosofi e pubblica testi in italiano, in francese ed in inglese. Calvi non incontra nessuna difficoltà nell'ottenere la collaborazione di personaggi celebri come H. Tellenbach, R. Kühn, A. Vergote, F. Barison, G. Lantéri-Laura e altri. I primi quattro numeri vengono dattiloscritti, fotocopiati e distribuiti in un centinaio di copie a spese del fondatore. Poi Calvi decide di affrontare l'avventura della stampa e si appoggia così, per un paio di numeri, alla RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIATRIA, che accetta di pubblicare e distribuire COMPRENDRE ai suoi abbonati come supplemento. Per questi numeri interviene il sostegno economico d'una banca e di alcune ditte farmaceutiche, ma poi questo appoggio viene meno. Quando COMPRENDRE diviene organo ufficiale della Società Italiana per la Psicopatologia si affida per la distribuzione alla rivista PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA. Questi rapporti si comprendono meglio pensando che la Società suddetta, ideata e tutt'ora presieduta dal prof. Arnaldo Ballerini, conta tra i suoi soci fondatori lo stesso Calvi e il direttore di PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA, il prof. Giovanni Gozzetti. La stessa rivista è stata fondata nel 1963 dal prof. Ferdinando Barison, uno dei più illustri rappresentanti del movimento antropofenomenologico in Italia. Da alcuni anni COMPRENDRE esce con un fascicolo all'anno; viene stampato in circa 500 copie presso la tipografia La Garangola di Padova.

[1] Calvi L., comunicazione personale.

## II. LEGITTIMITÀ DELL'ADOZIONE DI UN ORIENTAMENTO FILOSOFICO NELLA PRASSI PSICHIATRICA: LA POSIZIONE ASSUNTA DA COMPRENDRE

Su questo argomento comincerò con l'analizzare il contributo dato al problema epistemologico nella "soluzione" proposta da Arnaldo Ballerini; la sua è una prospettiva che potremmo definire "clinico-psicopatologico-nosografica". L'obiettivo è quello di sviluppare il tema del "rapporto fra approccio fenomenologico e biologico in psichiatria" (Ballerini, p. 9), riferendosi nel farlo, alla «rigorosa indagine di Husserl sui fatti e fenomeni manifesti nella coscienza lungo il percorso del conoscere, e in particolare al modello epistemico che dobbiamo al pensiero di Gadamer […]» (*ibid.*). A. Ballerini ritiene (pp. 9 e 10):

«1) che una volta evidente che la nosografia psichiatrica convenzionale è un compagno inaffidabile non solo per la terapia ma anche per la ricerca biologica […] il piano di riferimento che resiste sia quello della psicopatologia e della sua vocazione trans-nosografica;

2) che, a un livello più teorico, la vecchia divaricazione-opposizione diltheyana fra Scienze della Natura e Scienze dello Spirito, come del resto quella jaspersiana fra *Erklären* e *Verstehen*, ha mostrato continui varchi e passaggi e non è più sostenibile una secca dicotomia […];

3) che la indispensabile pluralità dei metodi di ricerca in psichiatria ed il loro rinvio a saperi specialistici diversi, riguardi appunto delle tecniche, ma comporti tuttavia una unitaria cornice, comune del resto ad ogni conoscere, che proprio perché in comune ne permette e ne rende necessaria la loro integrazione, in una virtuosa complementarità fra ricerca fenomenologica e ricerca empirica. […] Il nostro modo di procedere nella conoscenza implica comunque un "circolo ermeneutico" nel quale si verifica, che il ricercatore ne sia consapevole o no, un continuo reciproco passaggio e rinvio fra pre-cognizioni generalizzanti, o, per chiamarle con il loro nome, "intuizioni eidetiche di essenza", e la loro verifica o invece disconferma mediante i dati della ricerca empirica».

Secondo Ballerini «la scientificità è proprio garantita non dalla impossibile assenza di preconcetti e precognizioni generali, ma dalla consapevolezza dei sentieri eidetici che ci hanno condotto alle precognizioni e dalla disponibilità a cambiarle nell'urto con i dati empirici, se ciò lo rendesse necessario. […] Noi interpretiamo gli eventi solo sullo sfondo di presupposti e preconcezioni inevitabili e necessarie all'attività stessa del conoscere. Così facendo ci muoviamo all'interno del "circolo ermeneutico"[…]» (p. 13).

Enzo Agresti, su COMPRENDRE 12 (2002), segue un tracciato non dissimile da quello seguito da A. Ballerini; nel suo intervento dal titolo

*Psichiatria clinico-nosografica e psichiatria fenomenologica: un confronto* l'Autore parte da una considerazione evidente alla quale fa seguire un interrogativo pressante: «la psichiatria fenomenologica può essere considerata, dopo decenni dalla sua nascita, come una modalità di indagine ormai affermata e codificata nell'ambito della psichiatria […] ma possiamo affermare che essa abbia il suo fondamento in un metodo di ricerca che possa essere riferito ad una "validità scientifica"?» (p. 11). Un primo livello di analisi prende in esame la psichiatria *tout-court*, poiché la sua esigenza «d'indagine si trova di fronte ad un'*impasse* non facilmente superabile. Da un lato, per la necessità di aderire quanto più possibile ai criteri di chiarezza e rigorosità, essa si rivolge al metodo empirico-analitico identificando quelle entità definibili come sintomi e costruendo, per via addizionale, modelli definiti come sindromi; dall'altro lato emerge l'esigenza di ricercare il senso e il significato di quelle manifestazioni in quanto indicative d'una peculiare modalità personale di vivere e di rapportarsi al "mondo" e agli altri, e questo implica l'applicazione del metodo ermeneutico» (p. 13). Secondo Agresti, rimanendo aderenti al piano epistemologico, con il metodo empirico-analitico la psichiatria va incontro a un errore: la «modificazione dell'essenza dell'"oggetto" della ricerca in quanto si oggettivizza un dato che è esclusivamente soggettivo; […] La concordanza tra metodo e oggetto sarebbe indiscutibile se il sintomo potesse essere messo in relazione con un sicuro substrato biologico, ma la psichiatria biologica, almeno al momento attuale, è ben lontana dal consegnarci risultati sicuri ed esaustivi. Ne consegue che, limitandoci solo al problema epistemologico, la psichiatria clinico-nosografica non soddisfa il criterio di scientificità» (*ibid.*). Per quanto riguarda invece una migliore collocazione e definizione di che cosa si intenda con metodo ermeneutico, Agresti sostiene che l'epistemologia in questo caso non ci è molto d'aiuto nel definire i parametri specifici di "scientificità"; questo perché più che un metodo l'ermeneutica sembrerebbe includere una «molteplicità di metodi con parametri di riferimento molto diversi e qualche volta perfino contrastanti» (p. 14). Un secondo livello di analisi riguarda più specificatamente la psichiatria fenomenologica: ecco che, dopo aver sostenuto che «nell'ambito della psichiatria fenomenologica esistono due "anime" spesso commiste o sovrapposte, una filosofica e letteraria, l'altra più scientifica e inferenziale» (*ibid.*), l'autore fa un passo ulteriore quando afferma che la psichiatria fenomenologica «si avvale di una epistemologia soggettiva, che ha il suo fondamento filosofico nel pensiero di Husserl e di Heidegger. Da costoro deriva la metodologia fenomenologica come indagine della soggettività trascendentale. […] Il problema, che qui si pone, è quanto questa impostazione

epistemologica husserliana possa conciliarsi con la nosografia della clinica, che ovviamente ha il suo fondamento in una epistemologia oggettiva, di solito accettata come premessa necessaria per qualsiasi discorso che possa definirsi scientifico» (pp. 14 e 15). E qui il pensiero di Agresti si pone un altro interrogativo seguito da una prima possibile risposta: «può costituirsi una nosografia sulla base esclusiva della psichiatria fenomenologica? […] Nella psichiatria fenomenologica si può, a dispetto della contraddizione in termini, condurre uno studio oggettivo della soggettività procedendo all'identificazione di strutture, che sono aspetti fondanti dell'essere persona in quanto soggettività trascendentale. Le strutture categoriali dell'esistenza e della costituzione del rapporto trascendentale soggetto-oggetto, io-mondo, possono essere indicate in alcuni parametri di riferimento» (p. 16). Fra queste vengono elencate quelle più frequentemente accettate ed utilizzate: «l'intenzionalità […], l'identità (personale) […], la temporalità assieme alla spazialità e alla corporeità […], l'intersoggettività […], l'aderenza al reale […], l'atteggiamento naturale (Husserl) […], l'evidenza naturale (Blankenburg) […], il rapporto affettivo con la realtà […], la costruzione di un "mondo" […]» (pp. 16-18, 20 e 21). È quindi possibile, ci si chiede infine, una "nosografia fenomenologica?" (p. 23). Emergono a tal proposito alcune difficoltà teoriche difficilmente superabili; Agresti però si risolve a fornirci una soluzione "pragmatica", "operazionalizzabile": difatti «gli psichiatri, qualunque sia il loro riferimento teorico, utilizzano, nel loro operare, la terminologia classificatoria; coloro che adottano il metodo fenomenologico la usano sia come primo approccio, sia come riferimento semantico nelle loro esposizioni. Essi usano la nosografia in modo strumentale ed operativo e questo in relazione anche allo scopo di farsi intendere e comunicare. In ogni caso essi evitano, di solito, la parcellizzazione diagnostica (attualmente in voga) e si attengono alle classiche distinzioni diagnostiche delle psicosi. Se si vuole si tratta di un compromesso per cui […] la psichiatria può essere inserita tra le scienze "atipiche", che utilizzano e mescolano sia il metodo empirico-analitico, sia il metodo ermeneutico. È consequenziale che il problema epistemologico rimanga irrisolto» (pp. 24 e 25). Le conclusioni a cui perviene l'autore sono pertanto le seguenti:

«1) La psichiatria clinico-nosografica può fungere solo come organizzatore prassico, operativo e, a suo modo, comunicativo.

2) La psichiatria fenomenologica, più valida sul piano epistemologico, costituisce il fondamento di un'autentica psicopatologia; tuttavia, sia per la sua intrinseca natura, sia perché fino ad oggi non è in possesso di strumenti semantici e comunicativi adeguati, non è in grado di assumere un assetto nosografico.

3) L'integrazione tra i due piani di indagine risulta, al momento attuale, problematica per cui non può esserne accettata che una applicazione parallela. La nosografia attuale potrebbe accettare un'indicazione semantica e propedeutica da parte della psichiatria fenomenologica.

4) Sul piano teorico sarebbe auspicabile la creazione di una terminologia fenomenologica, che potesse costituire una propria nosografia integrabile con la clinica. Anche questa possibilità appare piuttosto utopica e di difficile realizzazione» (pp. 27 e 28).

La "scuola padovana" ha come maestro riconosciuto la figura di Ferdinando Barison. Qui di seguito cercherò di seguire il filo d'Arianna del suo pensare attraverso due fra i più significativi contributi apparsi su COMPRENDRE. Precisamente mi riferirò a *La psichiatria tra ermeneutica ed epistemologia* (1990) e a *Una psichiatria ispirata a Heidegger* (2001). «Chi abbia qualche esperienza diretta di psichiatria e di psichiatri […] sa che c'è una "filosofia degli psichiatri", che li orienta, sia pure con innumerevoli variazioni, secondo due poli. Alcuni considerano la psichiatria una scienza della natura, altri cercano di coglierne l'essenza come scienza dello spirito» (1990, p. 27). Il grande psichiatra indica di seguito il senso che la parola ermeneutica assume nel suo particolare discorso: «fare dell'ermeneutica è quell'interpretare, quel trovare significati negli eventi psicopatologici, […] il "comprendere" (*Verstehen*) nella lezione di Jaspers, opponendolo allo "spiegare" (*Erklären*) proprio del pensiero causalistico. […] La letteratura ermeneutica è paurosamente complessa e la dicotomia, che io propongo nel titolo, è volutamente schematica, giacché il mondo della patologia psichica mostra due versanti. Da un lato, attorno al polo "epistemologia" tutta una folla di termini: pragmatismo, empirismo, neopositivismo, filosofia analitica, ecc… che richiamano alle scienze della natura, alla causalità e, se si vuole, alla confutabilità. Dall'altra il mondo dei significati, delle interpretazioni, del dialogo, appunto, "ermeneutico"» (pp. 27 e 28). Barison ha presente la lezione di Gadamer, sostenendo che l'avvio delle sue riflessioni si rifà proprio alle pagine di *Verità e metodo* in quanto «il pensiero di questo "classico" si presta in modo particolare all'attenzione psichiatrica, soprattutto se questa si rivolge al "fuoco" dell'argomento, cioè a quel "dialogo ermeneutico", che ha una precisa corrispondenza nel colloquio clinico intrapreso dallo psichiatra. […] Una psichiatria ermeneutica è quella che cerca di comprendere i malati con i "come se" […] e con le metafore […]. Si tratta di una specie di giro avvolgente, che lo psichiatra tenta verso un nucleo, che resta indicibile, ma è altamente significativo. […] Questo nucleo indicibile, ma significativo, appartiene in fondo (se applichiamo i concetti

dell'ultimo Heidegger) al linguaggio non denotativo, al disvelarsi-nascondersi dell'essere, così ben simbolizzato nella "radura del bosco"» (pp. 27, 28 e 30). Ancora Barison: «l'ermeneutica quindi è storicizzazione. […] Oltre alla nozione di circolo ermeneutico […] un'altra nozione chiave è quella di dialogo ermeneutico, che si verifica nell'incontro del medico con il paziente. Nel dialogo ermeneutico non ci sono un soggetto ed un oggetto, ma c'è l'incontro di due orizzonti, che si fonde in un orizzonte nuovo, costituito da un cambiamento di entrambi nel momento dell'interpretazione: si verifica un "aumento di essere", come dice Gadamer. Questo accade […] quando tra paziente e psichiatra si attua una creazione di significati, nell'atmosfera della comprensione. *È ovvio, secondo me, che questo evento accomuna un esame clinico vero e proprio ed un primo atto psicoterapeutico* [corsivo mio]. […] L'ermeneutica ci dice che dal dialogo clinico deve sorgere quella verità che è il nuovo orizzonte. […] A fronte d'una scena capitale "reale", che può anche non esserci stata, ciò che conta è la scena capitale, che il paziente ci fa vivere con lui» (pp. 31 e 32). Quest'ultimo passaggio, uno dei più coinvolgenti del suo *itinerario mentis*, condensa l'essenza stessa del "fare psicoterapia" come "*mission*" di vita: «l'interpretazione ermeneutica è quindi un evento, si colloca nel tempo ed ha una sua intima storicità, ma vi è anche la storicità delle verità successive degli eventi, cioè dei dialoghi stessi. E così si svolge la storia di un'esistenza. Questa storia, quando si svolge nel succedersi dei dialoghi tra il paziente e lo psichiatra, può essere in fondo la storia d'una psicoterapia» (*ibid.*). Infine, dopo aver affermato (con Gadamer) che l'ermeneutica è linguaggio e che il dialogo ermeneutico (e lo è quello psichiatrico) è presenza che parla, Barison accenna alla possibilità che questo linguaggio possa «avvicinarsi per successive allusioni, nell'esame clinico, all'indicibile, alla *Lichtung* (radura) heideggeriana» (*ibid.*). La conclusione emblematica è offerta dalle ultime tre righe di questo breve ma prezioso contributo: «mentre non c'è filosofo che non si preoccupi del senso della follia, una psichiatria "scientifica", che rifiutasse la verità ermeneutica dei messaggi lanciati dai malati, priverebbe l'universo degli uomini d'un aspetto fondamentale di esso» (*ibid.*).

Il secondo articolo preso in esame ha per tema le influenze che sulla psichiatria barisoniana ha avuto la lettura delle opere di Martin Heidegger, in particolare dell'Heidegger post *Essere e Tempo*. «Arrivato al traguardo di un lungo cammino professionale, sono più che mai convinto che il dovere della psichiatria, tralasciando le competenze di diagnosi (non di "malattia" ma di modi di essere psicopatologici sufficientemente caratterizzati), sia di essere capace di comprendere che ogni malato è unico al mondo. Pertanto ho seguito le tracce di

Binswanger e della sua psichiatria, divulgata in Italia da Cargnello e ispirata ad *Essere e Tempo*» (2001, p. 19). Dopo questa premessa leggiamo di come «l'interesse per il "come" piuttosto che per il "perché" costituisce una sorta di slogan che apre allo psichiatra la strada alla comprensione e alla psicoterapia dei suoi malati. Sin dagli inizi non ho seguito che due fili conduttori: lo slancio verso il concreto *Dasein* di ognuno e l'interesse, ugualmente vivo e precoce, per la schizofrenia come modalità di esistenza. […]. Nella fondazione del *Dasein*, cioè dell'esistente, sono l'aprirsi e l'indietreggiare dell'essere […] a rischiarare l'esistente, come nella *Lichtung*, la radura. […] La nostra ricerca è quindi orientata verso l'essere; essa non mette in moto il pensiero causalistico, ma quello ermeneutico: essa costituisce, come dice Heidegger, la risposta al richiamo dell'essere» (pp. 20-22). Questo secondo contributo ci porta a comprendere come, nell'ultima fase del pensiero speculativo di Barison, l'interesse si sposti progressivamente dal piano ontico (l'esistenza) al piano ontologico (l'essere).

## III. PSICOANALISI E FENOMENOLOGIA

In questa sezione del mio lavoro cerco di far emergere la tendenza, il tracciato, che la rivista ha ritenuto opportuno delineare per configurare questo rapporto – che per certi versi possiamo definire (giocando un po' con i linguaggi) storicamente "anaclitico" – della fenomenologia nei confronti della "tecnica" psicoanalitica.

Partirò con l'analizzare il contributo di Gaetano Benedetti sul numero 5 di COMPRENDRE (1990). Possiamo dire che l'approccio di Benedetti, l'"abbraccio del controtransfert", come è stato definito, si presenta come *crocevia* tra fenomenologia (psicopatologia fenomenologica) e psicoanalisi, come di fatto afferma anche Gozzetti quando dice (1998, p. 64) che Benedetti «tanto ha dedicato e dedica alla comprensione e psicoterapia della schizofrenia, ponendosi come un vero ponte tra la psicoanalisi e la psicopatologia fenomenologica mitteleuropea». Benedetti ritiene che «il fatto veramente nuovo della psicoanalisi postfreudiana è la scoperta delle relazioni oggettuali, intese come ricerche primarie rivolte al partner da parte di un neonato tutt'altro che passivo, che convoglino non solo gratificazioni istintuali (pur sempre fondamentali) ma anche *informazioni imprescindibili alla formazione e all'accrescimento della propria identità, possibili solo nell'ambito intimo della dualità e traducentesi in strutture del proprio Sé*» (1990, p. 35). Nell'articolo citato vengono prese in considerazione le posizioni espresse da Fairbairn, Winnicott, Mahler, Kohut e Stern che tralascerò,

per necessità, di considerare nei singoli aspetti, per rifarmi semplicemente alla conclusione proposta (sono proprio le ultime righe scritte al termine della sua personale sintesi): «vi è, in psicoanalisi come in filosofia, e come in ogni scienza, il bisogno del nuovo, di superare i vecchi modelli in una ricerca di verità mai completa. Ma la verità degli antichi modelli sta nelle operazioni che abbiamo compiuto con essi, e nella loro capacità di venire integrati nei nuovi schemi di pensiero» (*ivi*).

Su COMPRENDRE 6 (1992) Wolfang M. Blankenburg si presenta con un lavoro dal titolo evocativo: *La psicoterapia degli schizofrenici come ambito di convergenza psicoanalitico-daseinsanalitica*. Blankenburg riassume in poche righe il movente che lo spinge in questa direzione: «questo breve lavoro ha carattere indicativo. Dimostra in che modo l'approccio daseinsanalitico e psicoanalitico si avvicinino nella psicoterapia degli schizofrenici. L'anello di congiunzione è costituito dall'accesso comunicativo all'essere diverso (*Anderssein*). La psicoanalisi (PSA), nel contesto dell'elaborazione del transfert, pone in primo piano l'identificazione parziale del terapeuta con il paziente, che rende possibile una controidentificazione. La *Daseinsanalyse* (DSA) ha creato premesse importanti per questo con il metodo della "comunicazione ermeneutica"» (p. 19). Sembra evidente in questa affermazione più di un punto di contatto con l'opera di Barison e di Benedetti, quest'ultimo citato dallo stesso Blankenburg che così procede: «vorremo analizzare solamente *che cosa* colleghi la DSA alla psicoterapia degli schizofrenici sviluppata in ambito psicoanalitico (da Federn, Sechehaye, Rosen, Boyer, Searles, Matussek e altri). Per prima cosa si tratta dell'impulso ermeneutico che trascende la dicotomia Nevrosi/Comprendere *versus* Psicosi/Spiegare, riconducibile a K. Jaspers, e con essa le conseguenti distinzioni terapeutiche: Benedetti parla di "modelli della comunicazione psichiatrica", Binswanger di una particolare forma di "comunicazione ermeneutica". Il termine "ermeneutico" comprende in questo contesto tutti i metodi che non vogliono "spiegare" (*erklären*) ma "comprendere" (*verstehen*). […] I metodi ermeneutici sono orientati fenomenologicamente» (pp. 19 e 20). Quello che Blankenburg ha svolto è stato quindi un tentativo di «ordinare le molteplici impostazioni metodologiche in uno spettro teso fra due poli. Si tratta di poli entro i quali esistono le più svariate transizioni, interferenze e ambiguità: in primo luogo si è cercato di delineare una polarità di impostazioni teorico-scientifiche, che si rispecchia in una corrispettiva polarità di concezioni terapeutiche. Per quanto riguarda il loro orientamento metodologico e la connessa impostazione soggettiva i due poli si comportano in modo antinomico ma anche complementare rispetto alla finalità di una psicoterapia medica […]. L'una o l'altra non dovrebbero

eliminarsi vicendevolmente, come spesso accade, ma in ogni singolo caso si dovrebbe valutare l'impiego dell'una o dell'altra, anche nella terapia dei pazienti schizofrenici. Proprio con questi pazienti una rigidità metodologica è del tutto fuori luogo» (p. 21). Dopo aver trovato la collocazione della psicoanalisi l'Autore ritiene altrettanto necessario rendere manifesto l'impiego della *Daseinsanalyse* per poi cercarne una possibile coniugazione; pertanto la *Daseinsanalyse* «va intesa come il tentativo di comprendere l'incontro con un uomo – per noi di regola è un paziente – nella globalità del suo *Da-sein*, del suo sentirsi vivere, sia sul piano trasversale del suo attuale sentirsi, del suo vissuto, del suo comportarsi, sia sul piano longitudinale del suo divenire, cioè del rapporto che ha con la sua provenienza e il suo avvenire e, se possibile, di aiutarlo ad andare avanti mediante il processo di comprensione» (*ibid.*). A questo punto l'Autore inizia a raccogliere gli elementi che avvicinano e che distanziano la *Psycho-analyse* dalla *Daseins-analyse*; quest'ultima ha «un atteggiamento più radicale perché sospende in un primo momento la posizione (ovvia sia per la psicoanalisi che per tutta la ricerca positivista) di una realtà oggettivamente esistente; per quanto riguarda la tecnica, la *Daseinsanalyse* si ispira invece alla psicoterapia sviluppata dalla psicoanalisi. Le differenze essenziali sono state evidenziate altrove» (p. 23). Cosa differenzia infine la psicoanalisi dalla *Daseinsanalyse*? Blankenburg sembra muoversi cautamente: «la psicoanalisi inizia subito con la traduzione della sintomatologia, considerata un linguaggio cifrato del paziente, mentre la *Daseinsanalyse* innanzitutto cerca di trasferirsi, senza preconcetti, nell'alterità della relazione del paziente con se stesso e con il mondo. È possibile tuttavia non radicalizzare le differenze tra DSA e PSA se si tengono presenti le forme di terapia sviluppate da G. Benedetti, Chr. Müller e altri, che (in fondo) tendono allo stesso scopo» (*ibid.*).

L'ultimo contributo oggetto della mia attenzione sarà ora quello di Mauro Manica su COMPRENDRE 8 (1998); il respiro ampio e il tono pacato di cui si avvale questo scritto sono sicuramente le caratteristiche più significative di questo lavoro che 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» (p. 83). Manica ha chiaro fin dal titolo l'argomento che vuole dibattere;

ai due poli che solitamente vengono considerati, quello fenomenologico e quello psicoanalitico, egli ne affianca un terzo, quello che si rifà al piano più strettamente biologico, organico; un ulteriore elemento di possibile integrazione in quell'orizzonte di pratiche complesse che è la psichiatria; naturale, ragionando attorno a questi temi, la risonanza con le parole espresse dal Dalle Luche (1998, p. 127) secondo il quale «manca, cioè, una vera cultura terapeutica *integrata* (composta da più parti), *integrante* (che avvicina e non separa dal mondo della follia), *integra* (non parziale, non mancante)». A patto, diremo noi, che se da una parte la scelta di un modello monoparadigmatico non è più accettabile, non si ricada dall'altra nell'uso di un selvaggio eclettismo metodologico[2]. Il ragionare di Manica ritengo avanzi in questa direzione dal momento che «ogni psichiatria dovrebbe essere un colloquio, un confronto dialettico tra punti di vista e prospettive epistemologiche integrabili» (Manica, p. 84). Secondo tale logica, conclude Manica, «l'intenzione comunicativa rappresenta la sola disposizione che siamo in grado di assumere con 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* […] significa già fare terapia. […] 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

[2] Per altra via possiamo affermare sempre con Dalle Luche che «la psichiatria oggi può tamponare, arginare, limitare il potenziale devastante dei disturbi psichici e che questo può avvenire soprattutto attraverso una riformulazione di tecniche di intervento che rendano finalmente desueta la distinzione tra psichiatrie *brainless* e *mindless*, entrambe destinate alla sterilità. Si va verso una definizione esatta delle aree in cui i due paradigmi fondanti, il neurochimico e il relazionale, si sovrappongono, ed in cui la giustapposizione dello sguardo fenomenologico, della gestione degli effetti farmacologici, delle ingiunzioni comportamentali e della capacità di soppesare il valore affettivo e linguistico della relazione col malato costituirà il bagaglio tecnico di ogni psichiatra» (*ibid.*).

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), che la paranoia non esiste (come diceva Ernst Kretschmer), ma esistono gli schizofrenici, esistono i paranoici, esiste una relazione che definiamo schizofrenica o paranoica anche per il modo con cui la incontriamo. E ogni diverso incontro dà una diversa articolazione di senso a quella persona che definiamo schizofrenica o che definiamo paranoica» (pp. 85, 94 e 95).

## IV. Fenomenologia è psicoterapia: la "visionarietà" di Lorenzo Calvi

*Fenomenologia è psicoterapia* è un esplicito richiamo all'articolo omonimo con cui Lorenzo Calvi interviene su Comprendre 10 (2000). A tal proposito, prima di affrontare il cuore dell'argomentazione, ritengo sia indispensabile riportare alla memoria quanto Calvi già nel 1994 affermava dalle pagine di Comprendre 7. La forma dell'intervento, *In tema di accanimento terapeutico – Un dibattito e un esercizio fenomenologico (con interventi di Alfredo Civita e di Alberto Giannelli)*, è una sorta di botta e risposta, in presa diretta per così dire, con Alfredo Civita e Alberto Giannelli. Calvi comincia col domandarsi quanto sia lecito eliminare sul nascere ogni manifestazione psicopatologica attraverso un uso indiscriminato dei farmaci, prosciugando così «una sorgente di espressività qualunque essa sia. E se sia moralmente valido, al di là di ogni opportunità di controllo sociale e di riordino individuale, togliere ad una persona ciò che la mette, sì, "fuori di sé", ma anche "al di sopra di sé", al di sopra della sua ovvietà, della sua banalità, della sua sostanziale miseria» (1994, p. 15) e prosegue introducendo elementi riguardanti il suo modo di intendere l'arte psicopatologica attraverso quelle che lui chiama *visioni*, ovverosia «quelle illuminazioni improvvise (chiamate intuizioni nel linguaggio comune), che ci si offrono nella veglia più o meno spesso e più o meno a lungo e che ci mostrano le cose con l'alone di un significato diverso da quello ricorrente nell'uso quotidiano, mettendo in evidenza che il senso è plurimo ed è quindi al di là della forma e non agganciato univocamente ad essa» (p. 17). La *visione* di cui parla Calvi è quella *eidetica* comune ai "sani" come ai "malati" cosicché «sarebbe allora più facile […] pensare che la comprensione del malato è sollecitata non tanto dalla nostra capacità di immedesimarci in lui o d'interpretarlo, quanto dalla consapevolezza di essere tutti potenzialmente immersi nella medesima sfera della visiona-

rietà. Se si entrasse in questo ordine di idee, verrebbe meno l'accanimento terapeutico nell'annullare la produzione visionaria dei malati. Lo psicofarmaco verrebbe ridimensionato al contenimento delle manifestazione motorie. Il momento principale dell'incontro col malato sarebbe veramente l'*ascolto* [corsivo mio]. […] Il malato si sente compreso quando avverte che noi non lo releghiamo nell'insignificanza. Noi possiamo far questo se impariamo a lasciare spazio alla nostra stessa visionarietà, facendoci così disponibili alla significazione plurima» (pp. 17 e 18).

Fin qui Calvi: ora è la volta degli interrogativi e delle obiezioni mosse da Civita. Prima di andare oltre vorrei sottolineare l'uso che viene fatto del termine *visione* collegato evidentemente al senso della "vista" seguìto subito dopo dal termine *ascolto* di pertinenza di un altro senso: l'"udito"; vista e udito sono quindi in relazione e vedremo più sotto in che misura, essendo ancora Calvi a chiarirlo. Civita è sostanzialmente d'accordo con quanto il fondatore di COMPRENDRE viene sostenendo; la tesi secondo cui è fondamentale una prima fase di accettazione e di ascolto del malato, la messa fra parentesi di qualsiasi interpretazione riguardante le manifestazioni psicotiche affinché vi sia reale condivisione, trova Civita completamente d'accordo; in un punto però si trova a dissentire e precisamente quando partendo dall'interrogativo se «l'ascolto fenomenologico è già esso stesso un atto terapeutico o non lo è ancora?» (p. 19) è lui stesso che vi risponde in modo dicotomico puntando sulla distinzione di due diversi modi di attuazione (declinazione) dell'ascolto fenomenologico; «in base al primo modo, ascolto e osservazione sono intesi come un coglimento assoluto, aprospettico e afinalistico delle strutture fenomenologiche dell'oggetto, vale a dire del mondo psicopatologico del paziente» (Civita, *ibid.*)[3].

Questo primo modo di concepire l'attitudine fenomenologica non è condiviso da Civita; i dubbi sulla liceità dell'adozione di un simile sistema conoscitivo sono rivolti «in primo luogo […] alla possibilità di fare realmente tabula rasa dentro di sé, purificandosi di ogni pregiudizio. […] In secondo luogo […] alla possibilità e all'opportunità di un ascolto afinalistico e contemplativo. Oltre a essere necessariamente prospettico e relativistico, l'ascolto […] è anche sempre necessaria-

[3] Mentre i termini *assoluto* e *aprospettico* non necessitano di una ulteriore chiarificazione in quanto il loro significato è intuibile e generale, il primo risuona come il tentativo di raggiungere una conoscenza vera e il secondo come lo stesso tentativo nella direzione della libertà, non così si può dire per il terzo; con *afinalistico* Civita intende l'idea che l'ascolto fenomenologico non è ancora un atto terapeutico, finalizzato a una decisione, ma è qualcosa di molto più contemplativo e disinteressato.

mente inserito in un processo intersoggettivo e interattivo al cui interno sia il paziente che il terapeuta sono interamente in gioco, con il loro pensiero, con i sentimenti, con la loro faccia. Tutto questo qualifica l'ascolto preliminare come un atto già inserito nel processo terapeutico, e sarebbe pura finzione negarlo. […] Al comprendere corrisponde un sentirsi compreso. E questo, ovviamente, è già un movimento all'interno del processo terapeutico» (pp. 19 e 20). Ecco che allora l'ascolto fenomenologico nella seconda declinazione «è già un atto terapeutico, sia nel senso che il terapeuta fa in concreto terapia per il semplice fatto di ascoltare, sia nel senso che l'ascolto fenomenologico è necessariamente finalizzato a una decisione terapeutica. […] Le risonanze generate nella mente del terapeuta dal discorso del malato non possono non attivare un processo mentale volto a una comprensione clinica del caso e a un'ipotesi terapeutica. La comunicazione *visionaria* tra terapeuta e paziente non è un atto di conoscenza clinica e tuttavia genera una conoscenza clinica» (p. 21).

Al di là di questo personale confronto, prima cioè di proseguire con la replica di Calvi, credo sia importante rilevare come la distinzione proposta da Civita tra due diversi tipi di "ascolti fenomenologici" sembra difficilmente sostenibile e come serva, al più, a ingenerare confusione. Sulla presenza di un atteggiamento di fondo caratterizzato da calore umano e piena accoglienza mista a stupore di fronte a ogni esistenza "altra-dalla-nostra" non ritengo si debba più di tanto discutere in quanto è del tutto evidente che una simile predisposizione sia essenziale a che ogni processo terapeutico e quindi di cambiamento abbia inizio. Ci si può interrogare però su *come avvenga l'ascolto fenomenologico* ed è l'idea che Calvi si propone di portare avanti nella replica a Civita, con il quale dissente, in un gioco ironico e al tempo stesso stimolante fin dalle prime battute. Queste le parole del fondatore di COMPRENDRE: «ritengo proprio che l'ascolto fenomenologico sia *assoluto*, *aprospettico* e *afinalistico*. Anzi, sono grato a Civita di aver qualificato in modo così incisivo quell'atteggiamento, che io definisco *visionario*. […] Voglio dire subito però che io non sento il bisogno di distinguere l'ascolto dall'osservazione, perché li colloco entrambi al di là della sfera sensoriale alla quale essi appartengono, cioè, rispettivamente, l'udito e la vista. Li colloco bensì nella sfera sovrasensoriale della visione eidetica» (p. 22). Rispetto a due diversi tipi di ascolto fenomenologico Calvi è più propenso a osservare che nella psichiatria fenomenologica s'incontrano semmai due tipi di atteggiamento: un primo atteggiamento che possiamo definire "puro" e un secondo che possiamo chiamare "impuro"; essi corrisponderebbero grosso modo ai due diversi tipi di ascolto fenomenologico summenzionati, con la precisazione che

Calvi stesso fa di riconoscersi in entrambe le declinazioni proposte, compiendo così un annullamento della separazione medesima. Lo psichiatra avanza di qualche passo affermando la precedenza categoriale del «mondo umano», in cui include la *visionarietà* e la stessa pratica fenomenologica, su quello meramente "psicologico" (comprendente affetti, desideri e intenzioni) anch'esso facente parte, comunque, del più comprensivo mondo umano; «la fenomenologia husserliana […] è fenomenologia trascendentale. Essa sviluppa un approccio al mondo umano, che non si lascia ricondurre completamente dentro gli schemi predisposti dalle scienze psicologiche, ma che accetta di affrontare anche le intuizioni e le rappresentazioni immaginarie, cioè, per dirla con una parola, le *visioni*» (*ibid.*). La parte applicativa del discorso arriva nel prossimo passo in cui Calvi ci fa veramente capire cosa significhi esercitarsi alle "visioni" in una continua pratica di epochizzazione, di messa fra parentesi dell'ovvio: «quando il medico incontra il malato di mente, la situazione è *pre*determinata da tutta una serie di significati precostituiti, che orientano il comportamento di entrambi, quindi anche quello diagnostico e terapeutico del medico. Capita a volte che irrompa nella coscienza del medico (anche in quella del malato, naturalmente, ma questo è un altro discorso) una improvvisa, impreveduta intuizione, che, per il suo carattere d'immagine illuminata di colpo, chiamiamo visione. La comparsa della visione testimonia appunto che la coscienza si trova in stato di vigile intenzionalità, nel pieno d'un lavorìo di movimento e di apertura. Se riflettiamo su questa esperienza, ci rendiamo conto che essa è accaduta in un *altro* contesto rispetto a quello che è l'incontro fisico col malato. Tale contesto nuovo si delinea con la sospensione di tutta una serie di *pre*giudiziali: di persona (in quel momento il medico non è un medico, ma un uomo di fronte a un uomo); di tempo (la visione è fugace, se la si vuole misurare con l'orologio, e può anche essere non contemporanea all'incontro fisico, se la si vuole collocare nel calendario: comunque ha un suo tempo, che non interferisce con quello reale); di spazio (la visione non è condizionata dal luogo dell'incontro, ma può accadere che si collochi altrove)» (p. 23). Mediante la contemplazione delle opere d'arte, sostiene per esempio Calvi, è possibile allenare «l'intenzionalità della coscienza, nella sua funzione primaria di scoprire i significati, dei quali le visioni sono l'annuncio» (pp. 23 e 24). *L'ascolto fenomenologico* si può ora chiarire meglio: *è l'attenzione alle visioni* qualificandosi come «*assoluto*, in quanto si confronta soltanto con l'ideale del benessere inteso come totalità dell'esistere; *aprospettico*, perché non si piega ad un qualsiasi punto di vista (né quello del medico, né quello del malato) e *afinalistico*, perché

non è condizionato da scopi relativi, vuoi terapeutici che scientifici, vuoi di protezione che di controllo» (p. 24).

Prima di arrivare alla conclusione di questo affascinante quanto complesso argomentare corre l'obbligo di introdurre un ultimo elemento, indispensabile per cogliere il senso definitivo di queste parole. L'ultimo nodo problematico riguarda la distinzione, all'interno di quella dimensione nota come "intenzionalità", fra l'*intenzionalità dell'atto* di Brentano e l'*intenzionalità fungente* di Husserl. «La prima presuppone la coscienza tetica degli oggetti, così detta perché pone da sé la tesi d'idoneità degli oggetti (reali o irreali che siano) a divenire contenuti della coscienza» (p. 23). Secondo Husserl però l'intenzionalità fungente agirebbe ancor prima di quella tetica, a monte cioè di qualsiasi presunzione circa un significato sempre presente negli oggetti; l'intenzionalità fungente si svilupperebbe «in un "movimento" ed un'"apertura" della coscienza stessa, che disegna nel mondo il luogo e vi definisce la temperie affettiva dentro cui scaturisce il significato» (*ibid.*).

Cercherò adesso di tirare le fila dei due discorsi che qui, come su COMPRENDRE, si sono intrecciati; abbiamo visto come Civita distingua due diversi tipi di ascolto fenomenologico e come quello meno relativistico e che lo trova più diffidente, caratterizzato da assolutezza-aprospettività-afinalità, sia invero quello più consono a Calvi che lo definisce anche come "atteggiamento puro", "ascolto fenomenologico", "attenzione alle visioni" e infine «ascolto visionario [che] è tutt'uno con l'esercizio dell'intenzionalità fungente» (p. 24). A questo punto ritengo che una seppur parziale risposta deve essere data all'interrogativo se l'*ascolto fenomenologico puro* e quindi non quell'atteggiamento generale di accettazione e di disponibilità umana per l'altro-da-noi (che di per sé è terapeutico e che in questo trova sia Civita che Calvi completamente d'accordo) ma quella visionarietà assoluta-prospettica-afinalistica di cui parla Calvi sia, o non sia, fonte di cambiamento. Secondo Calvi «interrogarsi sulla purezza dell'ascolto fenomenologico vero e proprio è una sola cosa con l'interrogarsi sull'assolutezza delle visioni e sul legame che intercorre tra esse e le intenzioni cioè tra l'intenzionalità di Husserl e quella di Brentano. […] L'ascolto fenomenologico è assoluto, perché "si confronta soltanto con l'ideale di benessere inteso come totalità dell'esistere". […] Il medico ha in mente un ideale di salute, che va oltre la "normalità" statistica, supera ogni *pre*concetto di efficienza e di adeguatezza (lavorativa, famigliare, sociale, ecc.) e si colloca appunto sul versante dell'esistere e non del fare. […] L'"ideale di salute" (così come ogni ideale di bellezza e di *fitness*) non [è] una figura tematizzata più o meno convenzionale, ma [è] l'aspirazione pretematica ad ogni possibile star meglio, a cui nessuno

saprebbe né vorrebbe porre un limite. È a questo spazio che mi riferisco quando dico che bisogna imparare "a lasciare spazio alla nostra stessa visionarietà" e a quella del malato» (pp. 25 e 26). Fino a questo punto il discorso di Calvi sembra quasi eludere il problema se l'ascolto fenomenologico sia o non sia terapeutico: egli difatti si colloca – con le espressioni appena lette – ad un livello che potremo dire precedente a quello terapeutico, un livello ideale appunto, di "cura" (*Sorge*), "preoccupazione" di un uomo per un altro uomo. La tanto ricercata chiarificazione della posizione di Calvi avviene infine come conseguenza di quanto appena specificato, compare qui il termine terapeutico anche se virgolettato: «una volta recuperato lo spazio della visionarietà e riconosciuto che esso è fatto per la totalità e la libertà (ancorché immaginarie) dell'esistere, la nostra attenzione al malato può farsi veramente piena ed è infatti a questo punto che egli manifesta di avere colto la nostra comprensione (che sarebbe l'aspetto "terapeutico" dell'ascolto fenomenologico)» (*ibid.*).

Sei anni più tardi Calvi sarà meno prudente visto che sempre dalle pagine di COMPRENDRE si troverà a dover rispondere ad altre perplessità questa volta sollevate da Mario Rossi Monti e Andrea Carlo Ballerini. «In un vivace ed intenso articolo, Mario Rossi Monti e Andrea Carlo Ballerini mi chiamano in causa più volte ed in una posizione non marginale, motivo per cui non posso non sentirmi provocato a rendere una risposta confutando alcune tesi da loro sostenute. Il medesimo argomento è stato discusso da Rossi Monti in un capitolo d'un volume a più mani. Essi si domandano se una psicoterapia possa nascere dal terreno della psichiatria e/o della psicopatologia fenomenologica» (2000, p. 49)[4]. Nella prima parte del suo lavoro Calvi si limita a far presente che i dubbi di Monti e A.C. Ballerini rivolti a una possibile declinazione fenomenologica della psicoterapia derivano da un atto confusivo che i nostri commettono nel momento in cui identificano quest'ultima con l'empatia nel senso del "calore", quasi volessero farci intendere che lo sforzo del fenomenologo è unicamente quello di «tenere alta la temperatura della relazione col paziente fino al realizzarsi d'una fusione tra i due» (*ibid.*). Ma l'empatia è tutt'altra cosa e nell'accezione rigorosa di Edith Stein è essenzialmente «accorgersi dell'altro, […] sentire la presenza dell'altro, farlo risaltare dallo sfondo come figura, trarlo

[4] L'articolo di M. Rossi Monti e A.C. Ballerini a cui si riferisce Calvi è *La tentazione psicoanalitica*, apparso su PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA, 1999-2000, 37; il saggio di M. Rossi Monti, *Il contributo della fenomenologia*, si trova in M. Ceruti e G. Lo Verso (a cura di), *Epistemologia e psicoterapia – Complessità e frontiere contemporanee*, Raffaello Cortina, Milano, 1998.

dall'insignificanza, anzi, dall'inesistenza e fargli posto aprendo una nicchia nella nostra indifferenza» (p. 50).

Dopo questa prima confutazione, e prima di affrontare il cuore delle argomentazioni proposte da Calvi per avvalorare la tesi espressa dalla formula "fenomenologia è psicoterapia", desidero aprire una breve parentesi – che ha un valore però di vero caposaldo – riguardo un prezioso fatto storico; il riferimento è proprio la formula appena citata la cui prima enucleazione spetta non a Calvi ma a Barison, come il fondatore di COMPRENDRE doverosamente ricorda: «cercherò qui di esplorare che cosa si presenti al di là della comprensione, allo scopo di rispondere alla domanda: "Fa o non fa terapia lo psichiatra fenomenologo?" A questa domanda risponde lo stesso Barison. Pochi mesi dopo la comparsa del *Trattato Italiano di Psichiatra*, egli pubblicò una lunga recensione al capitolo che io vi avevo scritto, dicendo, tra l'altro: "E così io mi permetto d'interpretare il pensiero di Calvi: fenomenologia è psicoterapia; lo è e lo è sempre stato"[5]. Il mio pensiero è precisamente questo […]. Io stesso però sento di dover esplicitare la frase di Barison sottolineandone il significato in un modo, che a lui sarebbe forse apparso riduttivo. Fenomenologia è, sì, psicoterapia, in quanto può fondare saldamente un rapporto di coesistenza tra curante e malato, ma non per questo si può parlare a pieno titolo di "psicoterapia fenomenologica", che è una formula in sé contraddittoria. Fare terapia, nel senso medico della parola, vuol dire usare strumenti mondani: il farmaco, l'interpretazione, l'empatia, mentre la fenomenologia (husserliana) si muove in una sfera che trascende la mondanità, cercando di mettere in evidenza le condizioni di possibilità della comprensione. […] Mi sento veramente fenomenologo quando mi siedo accanto al malato come a colui che è vittima d'un più o meno crudele, ma mai innocuo, esperimento della natura e cerco di farglielo rivivere come esercizio fenomenologico. Il malato conosce per esperienza diretta l'illuminazione e la rivelazione fenomenica, il discorso delle cose e l'erompere del senso. Egli soffre d'una visionarietà incontrollata di modo che la sovrabbondanza dei vissuti carica la sua esistenza di un peso insostenibile. È come se al malato fosse imposto di sopportare una duplice realtà: quella empirica della vita quotidiana e dei suoi rimandi funzionali e quella trascendentale del senso e dei suoi nessi non sempre e non facilmente estricabili. Il mio sforzo è di fargli capire che nella sfera della visionarietà egli non è solo» (1995-6, pp. 90-92). Come abbiamo appena letto Calvi non parla mai di "psicoterapia fenomenologica", anzi ritiene che

[5] L'espressione di Barison che Calvi riporta è apparsa sulla RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIATRIA, 1993, 886.

questo sia un termine di per sé contraddittorio. Non esiste di fatto una tecnica (dal greco téchne, *arte*) fenomenologica, esiste però un metodo che può essere appreso, esercitato, una via che può essere seguita (o dei tracciati meglio ancora), un'arte che è pratica attiva del fenomeno, "sospensione del mondo conosciuto" in attesa che si manifesti il vissuto.

Vorrei ora riprendere, e concludere, con alcune note all'articolo di Calvi su COMPRENDRE 10 (2000). Dopo aver chiarito cosa si debba correttamente intendere per empatia, diversamente da quanto fanno Rossi Monti e A.C. Ballerini, Calvi cerca ora la replica a una seconda obiezione che i due gli rivolgono. Secondo i due autori sostenere, come fa Calvi, che "fenomenologia è psicoterapia" significa sostenere che la psicopatologia fenomenologica è di per sé una psicoterapia compiendo così un errore di sineddoche (scambiando cioè la parte per il tutto). La risposta che Calvi fa seguire è articolata e in grado di ribaltare la questione così come era stata posta: «qui, se mai, la sineddoche appartiene ai nostri A.A., che scambiano la psicopatologia fenomenologica con la fenomenologia. È uno scambio improponibile. La psicopatologia fenomenologica è una psicologia del patologico (mentale), che parte da alcune premesse fenomenologiche (fondamentalmente: l'intersoggettività e la sospensione) e procede con il progetto di costituirsi come disciplina scientifica cercando obiettivazioni e convalide. […] Come ogni scienza, la psicopatologia (fenomenologica e non) produce teorie, che rinforzano la sua struttura e rendono ancora più consistente la sua separazione dal circostante terreno non-scientifico. Questo terreno umano, invece, non è mai ripudiato dalla fenomenologia, che si sviluppa in continuità con esso e ne mantiene lo stampo a-scientifico ed a-teoretico» (pp. 52 e 53). Quello che gli autori contestano, *in nuce*, è la presunzione che si possa arrivare a parlare di una "psicoterapia fenomenologica" nel senso di una sua formalizzazione e sistematizzazione; ciò su cui sono (tutti) d'accordo è la considerazione evidente delle implicazioni terapeutiche implicite in un approccio cosiddetto fenomenologico, le quali si risolvono nell'espressione di una accoglienza intesa come disposizione d'animo e apertura alla comprensione dell'altro sofferente. Calvi si schiera – ma è quello che abbiamo già constatato – con Rossi Monti e A.C. Ballerini quando essi denunciano l'impossibilità per la fenomenologia psichiatrica di declinarsi in una psicoterapia formalizzata; i motivi che egli adduce sono però diversi da quelli dei suoi due colleghi, questo perché «al fondo dell'atteggiamento fenomenologico c'è un'istanza liberatoria dalle costrizioni della mondanità ed una tensione continua verso il recupero del mondo della vita. Mentre il fenomenologo affronta da psichiatra l'alienazione mentale, la sua "corda" antropologica non smette di vibrare nel cogliere l'alienazione sociale. Sa-

rebbe paradossale perciò che egli proponesse a se stesso ed al paziente una formalizzazione qualsiasi del rapporto terapeutico» (p. 55). Il fondatore di COMPRENDRE, in conclusione, porta ancora in avanti e con decisione il suo pensiero e quello che riporterò fra poco può essere considerato il nucleo del suo riflettere: «la fenomenologia non s'identifica con "una generica predisposizione psicoterapeutica", ma vuole valorizzarla sottraendola ad un abbraccio umanitario, che è, solitamente, non soltanto "generico", ma anche confusivo ed aleatorio. Essa si propone come fondativa delle scienze psicologiche e delle pratiche che se ne traggono. Questo ruolo fondativo può essere sostenuto (con grandissima approssimazione) o a livello storico o a livello epistemologico. A livello storico si risale a Jaspers, lo si riconosce padrino dell'ingresso della fenomenologia nel campo psichiatrico, si enuclea dal suo pensiero la nozione di comprensione» (pp. 55 e 56). È fondamentale riconoscere che se a K. Jaspers spetta il merito di aver introdotto la nozione di "comprensione" in psicopatologia, questo *non* significa poter stabilire l'equazione: comprensione=psicoterapia. Il ruolo fondativo della fenomenologia può essere sostenuto invece «a livello epistemologico cominciando col negare che la fenomenologia sia di per sé comprensione. Anzi: "*la fenomenologia cerca di mettere in evidenza le condizioni di possibilità della comprensione*". […] Ciò significa non assumere la comprensione come una cosa ovvia, ma problematizzarla. […] Il fenomenologo si pone […] dove i significati si spengono e cerca di abitare la sfera debole […] dove i significati appaiono allo stato nascente. Una sfera che include e non esclude, che è circolare e non lineare. Una sfera, sicuramente, precaria, delicata e transitoria. L'ho chiamata "costellazione" per indicarne la natura, evidente come luminosità e sfuggente come interezza […]. In questa sfera includente c'è posto per la comprensione, ma anche per la non-comprensione e per la sopportazione del delirio e del silenzio» (pp. 56 e 57).

## V. VERSO UNA PSICOTERAPIA FENOMENOLOGICA: ATTUALITÀ E PROSPETTIVE A PARTIRE DALLA "GRUPPOANALISI DELL'ESSERCI" DI GILBERTO DI PETTA

Il contributo di Gilberto Di Petta che vorrei riprendere è quello apparso sul numero 13 (2003) di COMPRENDRE, dal titolo *L'altra coscienza. Clinica e critica degli stati psicopatologici*. Si delinea qui, in maniera chiara, quel costrutto psicopatologico variamente definito come "stato fluttuante" (*Schwebende Zustand*), "stato di coscienza crepuscolare",

"crepuscolo-aurorale", o più correttamente "chiaroscurale". Siamo approdati alla terra di nessuno della psicopatologia, al confine del già noto, del già visto, all'interno comunque di quella vasta e indefinita area che convenzionalmente chiamiamo "doppia diagnosi" o "comorbilità psichiatrica". Secondo Di Petta il termine italiano "chiaroscuro" è reso nella lingua tedesca con *Dämmerung*, «ovvero l'istante della transizione tra la luce e l'ombra e viceversa, cioè dalla luce all'ombra nel caso del tramonto ma dall'ombra alla luce nel caso dell'aurora. Tant'è che *Dämmerung*, se accompagnato al sostantivo *Morgen*, che significa mattino, caratterizza l'aurora, ovvero il passaggio dall'ombra alla luce. Se accompagnato al sostantivo *Abend* esso caratterizza il tramonto, che è, invece, il passaggio inverso dalla luce all'ombra. […] Il termine *Dämmer*, inoltre, in tedesco, significa anche argine, limite, soglia. Il punto, allora, è proprio questo. Si potrebbe anche chiamare la *coscienza crepuscolare* come coscienza *liminare*, ovvero coscienza di soglia, coscienza di confine» (p. 81). Ciò che per molti tossicomani è, più semplicemente, lo "sballo", lo "stare fatti", trova nel costrutto psicopatologico individuato da Di Petta uno strumento di avvicinamento potente nel tentativo di articolare un incontro – come quello con il "tossico-psicotico" – che si rivela essere estremamente sfuggente, se non addirittura improponibile, senza l'adozione di una prospettiva che nella sua essenza si declina come "fenomenologia della coscienza".

Fatta questa premessa seguirò ora, nel modo migliore possibile, il cammino che Di Petta ha intrapreso nell'articolo appena citato. Quello che egli si propone è un percorso che, partendo dall'analisi fenomenologica della *coscienza ordinaria* in quanto coscienza-di-mondo, ha come punto d'arrivo la *coscienza delirante-allucinatoria* e come traversina di collegamento tra i due stati (una sorta di terra di mezzo) ciò che egli definisce *coscienza crepuscolare*. La domanda di partenza verte su "il che cosa" la coscienza propriamente sia. La risposta dello psicopatologo è che «la nostra coscienza: siamo noi, che diventiamo adesso. La nostra coscienza: è mondo. Siamo *noi-nel-mondo*, adesso, che ci vediamo, che ci parliamo, che ci ascoltiamo. Questo segmento del mondo che adesso viviamo è la nostra coscienza viva, pulsante, scorrevole e fluida. Siamo, insieme e irriducibilmente, coscienza e mondo, vissuto e realtà. […] *coscienza* e *mondo* si fanno, in altri termini, ciò che da sempre sono: *forme* vissute all'orizzonte comune della *Lebenswelt*» (pp. 68 e 69). Il peso e la radicalità di queste affermazioni, sulle prime, può davvero disorientare; quella che Di Petta propone è una *fenomenologia della coscienza vissuta* perché se è vero che «il *vissuto-della-coscienza* e la *coscienza-del-vissuto* ovvero la coscienza vissuta (*conscience vécue* o *gelebte Bewusstsein*) *tout court* si ontologizzano, ovvero essi si

pongono come fondamento ultimo, quasi metafisico, del mondo umano o del modo umano di essere nel mondo» (p. 74), con altrettanta decisione possiamo concludere – parafrasando l'autore – che la *coscienza è il vissuto* e *il vissuto è la coscienza*. L'argomentare è volutamente spiazzante, erratico: «il *vissuto* è, di per sé, in sé e per sé, dotato di senso. L'ultimo dei vissuti umani è ricco di coscienza, di significato e di storia. L'ultimo dei vissuti, il più volatile, non necessita di rimandare a null'altro fuori di se stesso. È credibile. Anche se è un vissuto delirante. È intriso di mondo. Anche se è un vissuto allucinatorio. Un vissuto è un vissuto» (*ibid.*). Prima di inoltrarci nei luoghi dischiusi dalla coscienza crepuscolare, è necessario un ultimo preambolo, di tipo etimologico, sulla coscienza (ordinaria): «la coscienza a cui alludo qui è quella che solo la pregnanza della lingua tedesca rende nella sua ontologia: *Bewusstsein*. La particella *Be* qui indica il moto verso un luogo, il carattere prossemico, intenzionale e *approdante-a-qualcosa* della coscienza stessa […]. La desinenza *sein*, come è noto, significa l'essere. […] Il termine greco che significa la coscienza è *syneidesis* che, a ben vedere, è ancora più esplicativo della valenza che la coscienza umana, fenomenologicamente intesa, configura: la particella *syn* sta, qui, per concorrenza o concordanza e la parola *eidesis*, che intrappola il termine *eidos*, sta a significare l'attività *noematico-eidetica*, ovvero l'attività *intuitivo-immaginativa* che caratterizza la vita umana nella sua essenza. Dove l'immagine, travalicando la separazione interno-esterno, non è altro che l'insieme di coscienza e di mondo (del vissuto e del suo oggetto). La particella *syn* greca qui sta anche per indicare la comunione ma, vorrei dire, la concomitanza di coscienza e mondo. Dove c'è coscienza là c'è mondo. Con il greco *eidos*, forma, si esprime ciò che in tedesco è reso come *Sein*, l'essere. La *forma*, in altri termini, è sostanza. Perché la forma è idea. La forma è presa ontologica, è organizzazione plastica e viva della materia. La forma è materia vivente. Ma *eidos* è da *orao* (*oida*) anche visione. Quindi, fenomenologicamente, è visione costituente, organizzatrice, compenetrante. I dati dell'esperienza sensibile (*sinnliche Erfahrung*) sono confezionati, sul piano coscienziale, in *forme* dell'esperienza, ovvero in vissuti (*Erlebnisse*). Allucinazioni e deliri sono esattamente e propriamente questo: *forme della coscienza vissuta*» (p. 78). Si è resa esplicita, nel finale, l'adozione del concetto di "forma" come una sorta di "bandolo della matassa psicopatologica", costrutto immediato e comprensivo.

Il concetto di "forma" sarà in grado – come vedremo – di dispiegare tutte le proprie valenze euristiche proprio nel confronto (o meglio nell'incontro) con l'esperienza del Delirio e dell'Allucinazione, suggelli dell'esperienza psicotica. «È evidente, allora, la straordinaria pre-

gnanza semantica della parola coscienza: qualcosa che intrappola in sé l'essere stesso. Al tempo stesso come *essere-relato-a-qualcosa-dentro-di-lui-che-contiene-il-fuori-di-lui*. La perifrasi italiana è lunghissima. Mi riferisco, qui, alla coscienza *intenzionale* che, in quanto tale, è coscienza costituente. Ovvero è coscienza impregnata, al tempo stesso, di me e di altro, di me e di mondo» (*ibid.*). Ciò che prima io stesso avevo anticipato secondo un'equivalenza (quella di vissuto e coscienza) è esattamente quanto apprendiamo, con le opportune specificazioni, dalle parole di Di Petta: «l'autentico atto di coscienza, dunque, alla fine, è il vissuto. Il vissuto è, al tempo stesso, *atto-di-coscienza*, se colto nella sua forma dinamico-intenzionate, e *stato-di-coscienza*, se isolato in forma per così dire pura. Il vissuto, in sostanza, è sempre la *coscienza-di-qualcosa*. […] Ma come si dà la *coscienza-di-coscienza*? È difficile cogliere nel suo insieme lo stato di coscienza cosiddetto ordinario o normale. Potremmo dire, forse, che non c'è un definito stato ordinario di coscienza. È rappresentabile come un flusso di vissuti. È la corrente degli *Erlebnisse*. […] Quando possiamo cogliere un vissuto in maniera più nitida allora finisce che ci troviamo di fronte ad uno stato ben definito della coscienza. Verosimilmente, in questo caso, si tratta di uno stato non ordinario della coscienza. La tranquilla ordinarietà che consente, come diceva Binswanger, di far sì che il mondo accada, diventa discontinua[6]. […] A qualcosa che offre caratteristiche omogenee di durata, come la coscienza vissuta, si oppongono stati di coscienza tali da perturbare lo scorrere fluido della vita interiore del soggetto e che consentono a noi osservatori di coglierlo attraverso una risonanza tra quello stato particolare e qualcosa dentro di noi che quello stesso stato richiama. A questa idea di riconsegnare gli *stati psicopatologici* alla pienezza semantica di *stati altri di coscienza*, ovvero di *forme* dell'*altra coscienza*, ci sono arrivato per una via poco ortodossa, ovvero attraverso la clinica e la psicopatologia degli *stati tossicomanici*» (pp. 79 e 80). Il vissuto si presenta, si affaccia quindi come una realtà complessa, enigmatica, perché nonostante esso diventi «ciò che più è nostro, […] *nostro-proprio*, […] nel senso che il nostro vissuto *siamo* noi, […] proprio in ciò che è mio più proprio, mi sfugge. In questo suo punto di

[6] Mi verrebbe da aggiungere che questo procedimento è quello che lo psicopatologo fenomenologicamente orientato (o fondato) fa quando compie l'esercizio dell'epochè, la messa fra parentesi dell'ovvio, un'operazione che l'ammalato sente su di sé e vive invece come una forzatura, un'obbligazione, temuta quanto non voluta. Si confronti a questo proposito quanto sostenuto da Calvi. Secondariamente sento di poter dire che Di Petta allude qui alla *coscienza come vera e propria trascendenza*, trascendimento, non potendo mai risultare ciò che propriamente è se non nell'incontro con l'Altro.

fuga, tuttavia, io, come umano che fa esperienza di sé, lo tocco. Questo filo di rasoio che corre, allora, tra il darsi e lo svanire, tra continuità e discontinuità, tra parola e numero è la *forma* psicopatologica: il vissuto stesso, in quanto vissuto mio, nostro ed alieno. È solo questa naturale e costitutiva ambiguità del mio stesso vissuto che mi consente di gettare ponti con l'estraneità schizofrenica, di doppiare il passo dell'incomprensibilità, di accettare zone buie di non senso e di integrarle, senza risolverle, in più ampie regioni di senso» (pp. 74 e 75).

Arriviamo così al cuore del discorso; il contatto con il mondo tossicomane è, fenomenologicamente, il contatto con un orizzonte di coscienza variamente definito come crepuscolare o chiaroscurale: «rispetto all'incontro con lo psicotico (*Begegnung*) l'incontro con il tossicomane è, piuttosto, un confronto o, meglio, uno scontro (*Gegenüber*) tra orizzonti non assimilabili perché uno dei due ha violato il comune denominatore dell'appartenenza alla risonanza emotiva naturale della coscienza umana ordinaria. Rispetto a questa estraneità, ovvero rispetto alla presenza di un costituente estraneo nella coscienza dell'altro che ho di fronte e che presuppongo essere come me, la mia coscienza apperce-pisce, coglie e vede una commistione di organico e inorganico. Ci sono, cioè, parti della mia coscienza vissuta che entrano in risonanza con la coscienza vissuta e parti che, in questo *vis-à-vis* delle coscienze, non entrano in risonanza, ovvero che rimangono mute. La condizione di permanente coscienza alterata dei tossicomani mi ha consentito, allora, di entrare nella definizione, nella struttura e nella dinamica di un particolare stato di coscienza, la *coscienza crepuscolare*, […] l'esperienza vissuta dello *sballo*. L'importanza della descrizione accurata dello stato crepuscolare della coscienza deriva dal fatto che a mio avviso esso può essere assunto come feritoia di collimazione di numerose condizioni psicopatologiche, oltre quelle tossicomani, nonché, addirittura, come posizione privilegiata per la fenomenologia dello sguardo» (pp. 80 e 81).

Di Petta affianca a queste considerazioni generali una valutazione più specifica su questo particolare stato di coscienza, attraverso l'analisi di quattro caratteristiche salienti:

«1) il campo di coscienza dello stato crepuscolare è ristretto. Gli oggetti fissati dallo sguardo e su cui è diretta l'attenzione sono limitati come numero e come caratteristiche. Le cose vengono colte dalla coscienza nei loro profili fenomenici assolutamente essenziali. [...] Lo stato di coscienza crepuscolare può essere definito deficitario in quanto offre una riduzione del campo ed un'attenuazione del fuoco della coscienza ed una conseguente accentuazione del fuoco su alcune cose ristrette con conseguente facilitazione alla produzione allucinatoria e delirante. Lo stato crepuscolare può quindi essere definito come una con-

dizione di partenza e di passaggio, una sorta di crocevia fondamentale, per tutte le grandi forme della psichiatria clinica: schizofrenia, mania e malinconia […].

2) Lo stato crepuscolare della coscienza è anche lo stato farmacologicamente indotto da tutti i trattamenti psicofarmacologici, ovvero lo stato nel quale vengono mantenuti tutti i soggetti con sintomatologia psichiatrica passibile di trattamento […].

3) Lo stato crepuscolare, senza la componente di ansia o di angoscia, dovrebbe essere, ancora, lo stato di coscienza del saggio, dell'asceta o addirittura dello psicopatologo fenomenologicamente fondato. […] Il chiaroscuro allora è la condizione di visionarietà di base della coscienza immaginativa, ovvero della coscienza eidetica, ovvero della coscienza vissuta […].

4) La criticità estrema e la volatilità dello stato crepuscolare della coscienza in quanto stato di transito risaltano nella descrizione fenomenologica di una serie di stati di esordio della schizofrenia, che propriamente nello stato crepuscolare della coscienza trovano la loro collocazione, come vera e propria sindrome di passaggio (*Durchgangsyndrome*). Mi riferisco, evidentemente, qui, all'esperienza crepuscolare della fine del mondo (*Weltuntergangserlebnis*) e a quella aurorale dell'atmosfera sorgiva del delirio (*Wahnstimmung*) […]. Questo spettro esperienziale, inscritto nello stato crepuscolare della coscienza, esita nella coscienza delirante e allucinatoria come mondo *altro* dal mondo, *altro* mondo nel mondo, mondo che accade dopo che è finito il mondo» (pp. 83-86).

Attraverso il volano della coscienza crepuscolo-aurorale come *metaxu*, terra di mezzo, siamo infine approdati sul terreno della coscienza delirante e allucinatoria, alla Follia propriamente detta. Ma ecco come anche qui la lente fenomenologica sa individuare più di altri orientamenti il *plus* (barisonianamente) e non il *minus*; delirio e allucinazione infatti, «oltre a marcare il fallimento della comunicazione, sono intesi dalla fenomenologia anche come veri e propri emblemi di una sfida, sfida non vincibile, forse, del tutto, ma in ogni caso mai perduta del tutto, come stremato richiamo di incontro, *appello* (*Anrede*) alla comprensione infinita e possibile delle forme dell'amore e delle forme del dolore nelle quali l'esperienza umana si organizza» (p. 88). Il delirio e l'allucinazione sono a tutti gli effetti «*immagini-di-mondo*, […] *conformazioni* [che] costituiscono, a tutt'oggi, comunque siano andate le cose, la ragion d'essere (forse l'ultima ragion d'essere) della *psichiatria clinica*» (p. 89).

A conclusione del suo intervento Di Petta riprende il concetto, più volte tratteggiato, di *forma* così come emerge dal confronto – ancora

una volta – fra il mondo coscienziale (ordinario) da una parte e quello allucinatorio (percettivo) e delirante (ideativo) dall'altra: «non si dà, in altri termini, la possibilità di alcun discorso *clinico* in psichiatria se non ci si confronta con questo tipo di *crociera*, un braccio della quale è come se fosse rappresentato dall'*ideazione*, l'altro dalla *percezione*. E proprio questa, poi, è la crociera che, ad un certo punto, viene spezzata nella sua *ragion d'essere* da questo tipo di sguardo fenomenologico (di *visione*): cade, alla fine, anche la distinzione tra *piano della percezione* e *piano dell'ideazione*. In un certo senso entrambe finiscono per trovare, all'orizzonte fenomenologico della coscienza, un comune spazio di rappresentazione: la *forma* che si oppone al nulla» (pp. 89 e 90). La *forma* individuata da Di Petta consente quindi la convergenza del piano ideativo con quello percettivo. Fatto questo, però, un altro ordine di problemi è rappresentato dalla significazione, dalla donazione di senso alla specifica immagine interna (il tema o contenuto delirante); lo stabilire in sostanza quale sia l'idea, la *forma* di mondo di «quel particolare uomo lì che noi – per convenzione – chiamiamo psicotico». Più che un'impresa questa dovrebbe allora essere vissuta come un'*intrapresa* di se stessi nell'ingaggio con l'Altro. Per fare questo possiamo avvalerci, *nella pratica*, di due sussidi potenti: la *Daseinsanalyse*, che nell'ottica di Di Petta diventa *Gruppen-Daseinsanalyse*, e il *Questionario dei Sintomi-Base* (*Frankfurter Beschwerde Fragebogen, FBF*)[7]. Come ciò possa avvenire, operativamente, è quanto ci fa intravedere Di Petta nelle densissime pagine del suo libro sulla terapia delle emozioni condivise.

## BIBLIOGRAFIA

Agresti E.: *Psichiatria clinico-nosografica e psichiatria fenomenologica: un confronto*. COMPRENDRE, 2002, 12: 11-30

Ballerini A.: *Psicopatologia fenomenologica e psichiatria biologica: un "salto mortale" epistemico o una possibile convergenza?*. COMPRENDRE, 2001, 11: 7-17

Barison F.: *La psichiatria tra ermeneutica ed epistemologia*. COMPRENDRE, 1990, 5: 27-33

[7] Si confronti in merito all'utilizzo di questi due strumenti il libro, a cura di G. Stanghellini, *Verso la schizofrenia. La teoria dei sintomi-base*, Idelson Liviana, Napoli, 1992, per quanto riguarda l'FBF e il libro di G. Di Petta, *Gruppoanalisi dell'esserci – Tossicomania e terapia delle emozioni condivise*, Franco Angeli, Milano, 2006, per quanto riguarda l'impostazione terapeutica, di marca fenomenologica, originata dall'Autore.

… : *Una psichiatria ispirata ad Heidegger*. COMPRENDRE, 2001, 11: 19-27

Benedetti G.: *Lo sviluppo del concetto del Sé nella psicoanalisi recente*. COMPRENDRE, 1990, 5: 35-45

Blankenburg W.: *La psicoterapia degli schizofrenici come ambito di convergenza psicoanalitico-daseinsanalitica*. COMPRENDRE, 1992, 6: 19-28

Calvi L.: *In tema di accanimento terapeutico – Un dibattito e un esercizio fenomenologico (con interventi di Alfredo Civita e di Alberto Giannelli)*. COMPRENDRE, 1994, 7: 15-31

… : *Fenomenologia e psicoterapia*. PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA, 1995-96, 33: 42-59

… : *Presentazione*. COMPRENDRE, 1998, 8: 5-6

… : *Fenomenologia è psicoterapia*. COMPRENDRE, 2000, 10: 49-61

Dalle Luche R.: *Per una psichiatria integrata, integrante e integra*. COMPRENDRE, 1998, 8: 125-127

Di Petta G.: *L'altra coscienza. Clinica e critica degli stati psicopatologici*. COMPRENDRE, 2003, 13: 67-100

… : *Gruppoanalisi dell'esserci – Tossicomania e terapia delle emozioni condivise*. Franco Angeli, Milano, 2006

Gozzetti G.: *Il piano psicoterapeutico dell'incontro*. COMPRENDRE, 1998, 8: 61-69

Manica M.: *L'impostazione fenomenologica tra modello medico e psicoanalitico (proposta per una psichiatria etica e gentile)*. COMPRENDRE, 1998, 8: 83-97

Dr. Nicola Delladio
Via Sorasass, 12
I-38038 Tesero (Tn)

# "*SABOTAGE DU DESTIN*": PSICOTERAPIA FENOMENOLOGICA DELLE SINDROMI PARANOIDI NEI TOSSICOMANI

G. DI PETTA
A. DI CINTIO
A. VALDEVIT
A. CANGIANO

*Dobbiamo applicare la psicoterapia al campo dei disturbi deliranti, fino al confine con le psicosi schizofreniche*
E. Kretschmer (1918)

*Dal travaglio dell'epochè scaturisce l'Altro*
L. Calvi (1997)

## I. INTRODUZIONE: L'ORIZZONTE DEI FENOMENI

La finalità di questo lavoro è mostrare, concretamente, come sia possibile curvare la psicopatologia fenomenologica in senso *psicoterapeutico* nel peculiare contesto operativo di un servizio pubblico, con pazienti gravi (*tossicomani-psicotici*), attraverso il coinvolgimento emotivo[1] nella cura, sul piano umano, oltre che clinico, di un'*équipe* curante specificamente formata.

[1] Questa circolazione emotiva intensa è considerata, da Blankenburg (1992), uno dei distinguo più classici tra l'impostazione terapeutica di derivazione *psicoanalitica* e quella di derivazione *daseinsanalitica*.

Le storie cliniche riportate sono relative, infatti, a *persone* incontrate *visage-à-visage*[2] nel clima di una *frontiera*, sia territoriale, essendo la nostra Unità Operativa indovata nella periferia metropolitana a nord di Napoli, sia clinico-sanitaria, vagando queste persone nella *terra di nessuno* tra il Sistema della salute mentale, da una parte, e il Sistema delle dipendenze, dall'altra parte[3]. Nino, Enzo, Francesco e Gianluca sono utenti, pazienti, *uomini* che solo il *braccio di leva* fenomenologico ha consentito di liberare dalla trappola nosografico-categoriale della *doppia diagnosi* e di riagganciare al piano antropologico dell'*être-au-monde*, attraverso l'applicazione rigorosa del metodo psicopatologico-clinico, che ha guidato tutta l'*équipe* sia nell'affondo farmaco/psicoterapeutico, che nell'integrazione prospettica degli interventi.

La scelta di questi quattro *casi* clinici, inquadrabili, tutti, nello *spettro paranoide*, ha un suo significato preciso: da sempre, infatti, le sindromi paranoidi hanno rappresentato una sorta d'*elastico* nella categorizzazione nosografica e, al tempo stesso, una dimensione di *transito* nella concettualizzazione psicopatologica[4]. Per le sue caratteristiche di

---

[2] Nel senso speciale che Lévinas dà alla parola *volto*: «Noi chiamiamo *volto* il modo in cui si presenta l'Altro. Questo modo non consiste nel mostrarsi come un insieme di qualità che formano un'immagine. Il volto d'Altri distrugge ad ogni istante e oltrepassa l'immagine plastica che mi lascia». È nell'incontro con l'altro che si fa strada l'idea dell'infinito come evento a cui Lévinas dà il nome di *visage*, volto, sola prossimità in cui la relazione si gioca. L'altro, attraverso il volto, si espone direttamente, senza difese, al nostro sguardo, con la sua nudità dignitosa, e pertanto non è solo un dato, o un caso clinico su cui mettere le mani. L'altro, soprattutto in quanto paziente, mi guarda e mi riguarda e si disfa dell'idea che di lui ho in mente.

[3] L'Italia è l'unico Paese occidentale ad aver riconosciuto, per motivi ideologici più che scientifici, autonomia a due ordini di patologie, quelle mentali e quelle da dipendenza, che trovano nel sistema neuropsichico e nelle relazioni persona/mondo le stesse basi fisio- e psicopatologiche. Le conseguenze di questa scissione nel sistema della cura sono disastrose. Molti tossicomani stanno sviluppando disturbi mentali e rimangono senza possibilità di cura, poiché i SerT non sono attrezzati in questo senso: molti pazienti psichiatrici, non più istituzionalizzati, stanno abusando di sostanze stupefacenti, senza che i DSM riescano ad arginare il fenomeno. Questa situazione configura un tragico problema etico, sanitario e di sicurezza sociale che, se non affrontato in chiave seriamente clinico-riabilitativa, rischia di riattivare svolte duramente repressive che porteranno, inevitabilmente, indietro le lancette della civiltà e dell'umanità dei trattamenti in psichiatria.

[4] «Tale nozione presenta, ai nostri occhi, un grande valore euristico, se teniamo conto che i deliri paranoicali sembrano delineare un'area di transizione tra pensiero comune e pensiero delirante, in opposizione alle forme propriamente schizofreniche, in cui la disgregazione della personalità, le turbe strutturali del pensiero,

confine tra lucidità e follia, e per i fronti di ambiguità che apre, la paranoia ha sempre costituito la croce, ma in un certo senso anche la delizia, dei trattamenti psico- e farmaco-terapeutici in psichiatria (Callieri, 2009; Cardamone e Dalle Luche).

Le drammatiche esperienze tossicomani e psicotiche, vissute dalle persone le cui storie questo lavoro descrive, sono state incontrate, ad ogni modo, da parte dell'*équipe* curante, sul terreno vivo e *patico*[5] della reciprocità duale e gruppale[6]. Paradossalmente, proprio la *terra di nessuno*[7] in cui Nino, Enzo, Francesco e Gianluca vagavano senza referenti, svuotati di dignità clinica e umana, ha dato alla nostra *équipe* l'opportunità e la *libertà* di giocarsi il tutto per tutto, con l'idea, rivelatasi per niente utopica, di arrivare a "sabotare"[8] quattro troppo scontati *destini* umani, avviati al *binario morto* della cronicità irreversibile e progressiva, del deterioramento cognitivo e autistico, della politossicofarmaco-dipendenza, dei ricoveri multipli, della disabilità sociale e della carcerazione.

Il viraggio, nello stile di consumo degli stupefacenti, da oppiacei a sostanze eccitanti/allucinogene, sta costringendo, negli ultimi anni, sempre più i clinici ad approcciare questa strana tipologia di pazienti al confine tra psichiatria e dipendenze[9]. Per quanto concerne i casi da noi

---

l'apragmatismo autistico segnalano uno stacco pressoché completo dal pensiero e dal comportamento sociale accreditato» (Muscatello, Scudellari).

[5] Da Straus a von Weizsaecker, con una grande ripresa di Aldo Masullo, quella del *patico* è una dimensione cruciale e ancora poco sviluppata in psicopatologia e in psicoterapia fenomenologica.

[6] La gruppalità a cui si fa riferimento in questo lavoro è la Gruppoanalisi del *Dasein*, o Gruppo *Daseinsanalitico*, così come è stato teorizzato da Di Petta (1996), centrato sull'applicazione dell'analisi del *Dasein*, oltre la coppia terapeuta-paziente, ad un insieme allargato ed eterogeneo di *pazienti gravi* ed *operatori*, i quali entrano in un assetto di radicale condivisione emotiva dell'esperienza (*alzo zero*). I pazienti psicotici prendono parte attiva all'esperienza di gruppo, con la loro presenza, a volte silenziosa e apparentemente distaccata, a volte intensamente comunicativa di vissuti deliranti-allucinatori.

[7] Per la peculiare fascia di utenti che intercetta, al confine tra le competenze del DSM e quelle del SerT, la nostra Unità Operativa Giano gode di una certa extraterritorialità e di "mano libera" nella messa in atto di procedure di ingaggio e terapeutiche. Si lavora a taglio di strada, senza camice, in un contesto dove il clima dell'accoglienza è stato privilegiato rispetto alla burocratizzazione dei protocolli.

[8] L'espressione "sabotaggio del destino" è di Ulrich Sonnemann (1969). Il termine "destino", qui, è inteso anche nell'accezione drammatica che vi dà Olievenstein nel suo testo *Le destin du toxicomane*.

[9] Dai SerT e dalle UOSM vengono inviati alla nostra Unità Operativa pazienti poliabusatori, di varia estrazione socioeconomica e culturale, la cui richiesta di

trattati, oltre agli interventi di ordine tecnico (farmacoterapia) e al lavoro daseinsanalitico gruppale, si è mostrato essere decisivo, sia per l'aggancio che per la ritenzione in trattamento, il peculiare clima *fenomenologico* della presa in carico, in cui la *diurnità* è diventata la modalità coesistenziale fondamentale tra l'*équipe* e i pazienti coinvolti[10]. Molti di questi pazienti, come i casi descritti, giungono alla nostra osservazione con una diagnosi di *schizofrenia* o di *psicosi NAS*. Queste *mis-diagnosi*, così «come la diffusa esperienza della prassi della psichiatria ha dimostrato», indicano, in modo tragicamente evidente, «che senza la conoscenza e applicazione della psicopatologia ci si può ridurre ad una psichiatria appiattita, superficiale, ridotta a mera elencazione di frammenti comportamentali e del tutto inconsapevole della singolarità delle persone» (Ballerini, 2009).

Di fronte allo *stallo* prodotto dalle pratiche terapeutiche precedentemente e caoticamente applicate (ricoveri, trattamenti ambulatoriali), la riconsiderazione di alcuni classici costrutti psicopatologici come, ad esempio, la *sindrome dell'automatismo mentale* di de Clérambault e il *delirio di rapporto sensitivo* di Kretschmer, attualizzati e ricompresi in un prospettiva fenomenologica, ha consentito, alla nostra *équipe*, un più corretto inquadramento diagnostico e quindi la strutturazione di più adeguati piani di trattamento, con conseguenze assai sensibili sull'esito dei casi esaminati. Il ruolo centrale svolto dalle *allucinazioni*, in tutti i

---

aiuto concerne, oltre il problema della dipendenza, un cambiamento che sta accadendo "dentro la testa", sconvolgendo l'esperienza di sé e la costituzione del mondo.

[10] I modelli di riferimento, per questo tipo di esperienza *pilota*, finora pressoché unica sul territorio italiano, almeno in ambito pubblico, sono compatibili con le esperienze vissute, descritte, e concettualizzate a Kingsley Hall, da Ronald D. Laing, e a "Soteria-Bern", da Luc Ciompi, per quel che concerne l'aspetto psichiatrico; per quel che concerne l'aspetto tossicologico, invece, i modelli di riferimento sono quelli del Marmottan a Parigi, la clinica per i tossicomani aperta nel 1971 da Claude Olievenstein (lo "psy des tox") e il Centro di disintossicazione e recupero Magal, a Gerusalemme ovest, diretto da Moshe Kron, di cui ha scritto recentemente anche Grossman. Uno *strettissimo* rapporto di comunicazione tra operatore e utente, previo l'*azzeramento* delle dissimmetrie, e la ricerca di un *comune* orizzonte di senso antropologico, sul piano di una sofferta tensione coesistenziale, rappresentano gli elementi salienti di queste esperienze-pilota che, purtroppo, non hanno mai conosciuto la meritata diffusione. Numero critico di operatori e utenti, utenti gravi e rifiutati da altri sistemi/agenzie di presa in carico, operatori formati e motivati, disponibilità a correre il rischio del *fuori gioco* rispetto alle regole che normano le relazioni professionali in ambienti istituzionali *standard* sono tutti elementi caratterizzanti la peculiare *atmosfera* di questi luoghi che configurano, al di là della clinica, dei veri e propri *laboratori antropologici* o *campi antropici continui*, nel senso che S. Piro (1993) ha dato a queste espressioni.

quattro casi, nella creazione delle *condizioni di possibilità* del delirio, è ancora più *comprensibile* alla luce della rivoluzionaria lettura che ne ha dato E. Straus, e cioè di fenomeni che, sollevandosi dal mero piano percettivo[11], sono fortemente indicatori dei *fallimenti* o delle *preclusioni della reciprocità*, o di *variazioni patologiche del rapporto fondamentale io-e-l'altro*. Da questa impostazione diventa più chiara non solo la classica *sovrascrittura* del delirio (de Clérambault), ma, addirittura, la *gemmazione*, quasi per *continuità*, del delirio da un terreno allucinatorio così intriso di rapporto *io-mondo*.

Le obsolete *psicosi allucinatorie croniche* della Scuola francese (Gozzetti, 2009) si riprofilano, a nostro avviso, come realistica possibilità evolutiva di alcuni di questi percorsi umani e psicopatologici complicati dall'abuso di sostanze e lasciati sostanzialmente a se stessi, spesso senza una vera diagnosi (oltre la "Doppia diagnosi"), e, dunque, senza trattamento specifico.

Ad ogni modo, va ribadito che nessun *incontro*, seppur vissuto sul piano autenticamente umano, che voglia avere una *visibile* ricaduta terapeutica, è veramente possibile, e questo lavoro lo dimostra con evidenza, senza tenere conto di alcuni aspetti psicopato-semeiologici che rappresentano cruciali punti di repere lungo quello *chemin de la vie*[12] che vede uniti, negli anni, quasi alla stregua di *viandanti*[13], il clinico, il paziente e il loro duale temporalizzarsi, spazializzarsi e mondanizzarsi.

---

[11] «Le dichiarazioni dei pazienti circa le esperienze in stato di intossicazione mescalinica consentono di riconoscere in tutta chiarezza che, per gli allucinati, non solo gli oggetti, ma anche i loro modi di apparire mutano, e che, con questi, mutano le forme più grandi dell'esperienza, dello spazio, del tempo» (E. Straus, 1935, trad. di F. Leoni).

[12] La psicoterapia fenomenologica va intesa come movimento (*percorso*), duale o plurale, vitale marcia di avvicinamento (*Lebensweg* o *chemin de la vie*), "essere nel cammino della vita" (Minkowski; Zutt: *être en marche de la vie*), *Iter vitale* (Cargnello; Bovi); lungo le vicissitudini della cura al clinico e al paziente tocca di rin-tracciare *rotte* percorse, fallite o mancate; ricostruire un possibile e co-esistentivo *progetto-di-mondo*. Tatossian, richiamandosi a Binswanger, parla di *communauté de la présence*, ovvero l'essere-insieme di terapeuta e paziente, dove il paziente va considerato sempre come un simile (*partenaire*) e va richiamato ad una nuova strutturazione della forma della Presenza (*forme de la Présence*).

[13] Da *Homo viator* di G. Marcel. La storia della psicopatologia è legata al concetto di "via", sia che si parli di un metodo (*meta odos*: secondo la via), sia che si parli di *viaggi* o di *fughe* psicotiche. Callieri ricorda che la stessa vita umana ha la struttura della via, nel senso che è sempre un "da dove" e un "verso dove". Quindi, il viandante è una figura che non si lascia incorporare in alcun concetto, perché dispersiva, errante, imprecisabile. Il viandante è colui che va per la via, il suo non è un vero e proprio viaggio, in quanto il viaggiare è già avere un percorso da com-

## II. Esperienze tossicomani ed emergenze psicopatologiche

L'emergenza e la diffusione, piuttosto ubiquitarie, nel corso degli ultimi anni, di evenienze psicopatologiche caratteristiche in un contesto di poliabuso di sostanze, stanno ponendo ai clinici notevoli problemi di diagnosi e, quindi, di trattamento, dei pazienti interessati[14].

I casi clinici esaminati in questo lavoro sono stati tutti approcciati dalla prospettiva radicale della psicopatologia fenomenologica, che ci ha consentito di distinguere, in controtendenza alla generalizzazione dell'etichetta diagnostica di "psicosi", alcune specifiche forme paranoidi, *non schizofreniche*, che, individuate al di là della *nebbia* e, adeguatamente curate, hanno consentito un assai soddisfacente riadattamento dei soggetti alla realtà nonché il loro reinserimento lavorativo[15], centrato attorno ad un ricostituito *progetto-di-mondo*.

Dato, invece, il sistema "binario" della presa in carico esistente nel nostro Paese, caratterizzato dalla rete dei Dipartimenti di Salute Mentale *totalmente* separati dai SerT, i pazienti tossicomani *comorbili* psichiatricamente non trovano, a tuttoggi, un servizio unico di riferimento.

---

piere per giungere ad una meta e fare ritorno. Il cammino percorso dal viandante non consiste nell'andare e tornare, il viandante è semplicemente "andante via", è colui che va per la via e va via, se ne va; il viandante è viandante in quanto tale perché è sempre all'inizio del suo cammino. Gli esempi della "via" come conoscenza sono presenti in tutte le epoche della cultura occidentale: la via dell'Essere in Parmenide, il mito della caverna in Platone, il viandante nel deserto dei Padri della Chiesa, il viaggio dantesco nei tre mondi ultraterreni, il cammino dello spirito hegeliano, la definizione di Heidegger dell'uomo come cammino verso ciò che si nasconde. L'uomo, sano o malato che sia, deve inoltrarsi verso una "via", laddove il mondo gli appare falso, illusorio: la metafora è quella del deserto, ma sempre nel deserto egli trova la via verso la propria patria. Anche nell'Odissea di Omero il tema principale è il viaggio, il peregrinare di Ulisse attraverso mondi fantastici, terre sconosciute, grazie alle quali Ulisse si arricchisce, diventa sapiente.

[14] Oggi le sostanze utilizzate dai pazienti di interesse psichiatrico hanno un'azione psicotico-mimetica dirompente (ketamina, amfetamine, ecstasy). La cocaina fumata (crak), ad esempio, trasforma l'*effetto tonico*, classico della cocaina tirata con le righe, che *sale* piano, nell'*effetto fasico*, per cui la sostanza *sale* al cervello di colpo, con uno *sballo* potente, definito "testata", "capata", dagli stessi pazienti. La conseguenza di quest'esperienza è un'eclissi del mondo esterno, a cui residuano una potente disforia e *sintomi paranoidei* di lungo corso.

[15] La definizione di "doppia diagnosi", sempre più utilizzata in questi casi, lascia del tutto insoddisfatti, poiché ipersemplifica e riduce la complessità dei quadri clinici ad una categorializzazione binaria, che, tuttavia, è difficilmente sostenibile, sia nella logica che nei fatti, dato l'indissolubile amalgama tra sostanze stupefacenti, eventi e contesti ambientali, struttura di personalità e sintomatologia psichiatrica.

Questo complica ulteriormente le cose, poiché il contatto con questi pazienti è spesso limitato alla fase di urgenza o di scompenso, con brevi ricoveri e dimissioni a cui, nei fatti, spesso non segue una reale *presa in carico* territoriale. Questo rende molto difficile lo sviluppo di una visione psicopatologica *prospettica*, cioè di decorso, oltre a frantumare l'intensità e la tipologia degli interventi. Infine, ognuno degli specialisti del settore tende ad inquadrare la sintomatologia emergente utilizzando i criteri etiopatogenetici e diagnostici a propria disposizione, spesso soffermandosi sulla superficialità di un'osservazione condotta in acuzie e sporadicamente.

Approccio psicopatologico alla "Doppia Diagnosi". Linee traccianti:

- ricondurre ad una sola unità di comprensione e di significato le esperienze psicopatologiche che si sviluppano in un contesto tossicomane e che, invece, in genere, vengono concettualizzate come scisse, sia nella fenomenica clinica che nei trattamenti;
- condividere dia-cronicamente, nel *day living* del diurno, con la soggettività del paziente, l'esperienza vissuta della malattia e del trattamento, soprattutto attraverso i momenti cruciali dei gruppi daseinsanalitici;
- rivalutare fortemente e *centralizzare il ruolo della psicopatologia*, sia nella comprensione della situazione vissuta dai pazienti, che come elemento diagnostico-prospettico di coordinamento e di interconnessione tra approccio psicofarmacologico, psicoterapeutico e riabilitativo;
- fare della psicopatologia fenomenologica l'asse portante e il sensore di rotta per tutto quel che concerne il trattamento psicoterapeutico delle dimensioni psicotiche.

Uno degli scopi fondamentali della psicopatologia di matrice fenomenologica è, infatti, quello di allargare, attraverso l'attenta osservazione clinica e, soprattutto, attraverso l'instaurarsi di una relazione empatica, la base di comprensibilità e di comunicabilità della sintomatologia psicotica, consentendo una *sottrazione progressiva di terreno* alla nosografia, da una parte, e, da un'altra parte, garantire la corretta coordinazione dell'attività terapeutico-riabilitativa, favorendo la reciprocità e lo scambio coesistenziale di esperienze vissute abnormi che, di per sé, sono impregnate di una forte connotazione autistica (Ballerini, 2006).

Di alcuni elementi psicopatologici *nucleari*, ad esempio, gli Autori hanno preso coscienza solo attraverso la *condivisione emozionale* dell'esperienza diurna *con* i pazienti e attraverso la conoscenza pro-

fonda dei loro percorsi storico-esistenziali e dei loro mondi, protratta lungo un *congruo* periodo di tempo. Superata, in altri termini, la fase acuta e raggiunto un accettabile livello di compenso sintomatologico, anche con l'utilizzo d'un'adeguata psicofarmacoterapia, ci si è ritrovati, con questi pazienti, non senza una certa sorpresa, da una parte di fronte a *costellazioni sintomatologiche ripetitive*, cristallizzate e refrattarie, che non mostravano ulteriori possibilità di flessione alla terapia farmacologica (tipo de Clérambault); da un'altra parte, invece, ci si è trovati di fronte ad aspetti di personalità straordinariamente suggestibili, vulnerabili, impressionabili e suscettibili di facile sviluppo psicotico (tipo Kretschmer). Tutti aspetti, questi, che venivano, ordinariamente, tenuti completamente *coperti* dalle sostanze d'abuso e dalla sintomatologia secondaria che si era sviluppata, nonché da *diagnosi preconfezionate* e chiuse, rispetto alle quali nessuno osava più avanzare ipotesi diverse.

Dalla rilevazione di questi elementi è nata una discussione interna al nostro gruppo, rispetto alla quale, particolarmente illuminanti e decisivi per la *controffensiva* terapeutica, si sono rivelati essere i due sopracitati e antichi costrutti psicopatologici:

1) "sindrome dell'automatismo mentale" di de Clérambault;
2) "delirio di rapporto dei sensitivi" di Kretschmer.

Non a caso, almeno nel campo delle tossicomanie, la sindrome di de Clérambault e il delirio sensitivo di Kretschmer sono venuti a rappresentare, per noi, le metafore dell'*organicità*[16], da una parte (de Clérambault), e della *relazionalità* (Kretschmer) da un'altra parte.

Sulla base di questi criteri la riformulazione psicopatologica e critica della diagnosi, oltre che sul trattamento, ha finito per influenzare anche la prognosi, con inevitabili conseguenze sul *destino* degli stessi pazienti.

## III. ASPETTI METODOLOGICI

I casi trattati sono stati tutti seguiti, *quotidianamente*, presso il Centro Diurno Giano per un periodo che va da un minimo di sette mesi (Francesco), ad un massimo di quattro anni (Gianluca). Hanno ricevuto tutti una valutazione psicopatologica tradizionale attraverso ripetuti colloqui

[16] Data la presenza di sostanze d'abuso, infatti, non è da escludere che, in alcune costellazioni psicopatologiche, giochino un ruolo non secondario elementi *organici*, dovuti a modificazioni biochimiche delle aree cerebrali interessate dall'uso di sostanze.

clinici ed è stato loro somministrato il questionario FBF dei *Sintomi di base* (SB) (Huber; Süllwold)[17] da psicologi debitamente formati. I casi descritti sono stati trattati farmacologicamente con *antipsicotici atipici* e *terapia sostitutiva oppiacea*; essi hanno preso parte alla terapia di gruppo ad orientamento fenomenologico (Gruppo daseinsanalitico; cfr. Di Petta, 2006) e sono stati seguiti in psicoterapia individuale dagli psicologi coautori di questo lavoro, supervisionati in un'ottica fenomenologica. Tre di questi pazienti sono, attualmente, in fase di accesso ad una borsa-lavoro finalizzata al reinserimento socio-lavorativo, mentre uno, Francesco, ha abbandonato il percorso terapeutico dopo soli sette mesi di trattamento. I componenti dell'*équipe* curante, nonché coautori di questo lavoro, sono tutti psicologi, formatisi a Padova con un orientamento fenomenologico. Tutti hanno svolto il loro tirocinio *post-lauream* presso il Centro Giano, continuando poi la frequenza come volontari/borsisti, partecipando all'VIII e al IX Corso di Psicopatologia Fenomenologica di Figline Valdarno (2008-2009). Ognuno di loro ha preso parte a non meno di duecento sedute di Gruppi daseinsanalitici. L'approccio fenomenologico a questi pazienti è stato condotto seguendo una metodologia (*équipe*, *milieu* ambientale, rigorosa analisi psicopatologica, disvelamento e condivisione degli *erlebnisse* più patici) in grado di realizzare una sorta di *epochizzazione* del delirio, ben oltre l'azione, fondamentale, ma, certo, limitata, degli antipsicotici. L'esclusione della diagnosi di *schizofrenia*, con la quale questi pazienti erano venuti alla nostra osservazione, oltre che sulla base dei parametri già discussi, è stata fondata sulla mancata percezione, sul piano *empatico* (Kraus), di almeno quattro elementi:

1) assenza di "perdita dell'evidenza naturale" (Blankenburg, 1971);
2) assenza di *rivelatività* nel delirio (v. Stanghellini e Ballerini);
3) assenza di "controtransfert" tipo *Praecox-gefuehl*[18] (v. Ruemke; Barison, 1963; Rossi Monti);

[17] L'FBF è un questionario di matrice fenomenologica che si compone di 98 *item* raggruppati in 10 dimensioni fenomeniche, ogni *item* prevede due alternative di risposta: SI – NO. Al soggetto è stato chiesto esplicitamente da parte dell'esaminatore, in caso di risposta affermativa, *di specificare se quel sintomo fosse correlato all'uso o all'effetto della sostanza o se invece fosse indipendente dalla sostanza*.

[18] Sentimento di schizofrenicità (*praecox feeling*): perturbante avvertimento, da parte del clinico, di un disturbo nella percezione del paziente che ha di fronte in quanto totalità di persona. «L'attitudine interna del clinico, indotta dal paziente, è uno strumento di diagnosi molto sensibile e può essere di aiuto se noi fossimo più

4) assenza di nuclei autistici (v. Ballerini, 2002).

A nostro avviso questi elementi, squisitamente di ordine *eidetico*, rimangono, al di là dei classici *sintomi di primo rango*, degli utili indicatori d'esclusione o d'inclusione, pur in un contesto contaminato dall'assunzione di sostanze stupefacenti, di determinate esperienze psicotiche di evidente atmosfera schizofrenica.

L'evoluzione naturale di queste situazioni cliniche, tuttavia, lasciate senza comprensione, relazione e trattamento, pur non primitivamente di segno schizofrenico, sarebbe stata deficitaria, con indebolimento terminale, a lento estuario dentro il *mare magnum* delle psicosi di spettro schizofrenico.

Di seguito si tenterà di dare conto di quanto si possa avanzare, nel campo della psicoterapia dei pazienti gravi, associando il trattamento farmacologico ad un percorso di cura supportato dalla prospettiva psicopatologica[19] e dalla presa in carico fondata sulla condivisione dell'esperienza[20].

## IV. *IL TATTICO* E IL "CERVELLO-CHE-PARLA-DA-SOLO": L'*AUTOMATISME MENTAL* DI GATIAN DE CLÉRAMBAULT

La Sindrome dell'automatismo mentale di de Clérambault, come è noto, fu isolata dall'autore tra il 1920 e il 1926, come una componente fondamentale dei cosiddetti "deliri allucinatori cronici".

Il soggetto che ne è affetto autopercepisce una serie di fenomeni elementari (motori, sensitivi, di pensiero) che, nonostante accadano e si verifichino nella sua esperienza interna, di fatto sono svincolati dalla sua propria volontà, pertanto gli appaiono incoercibili, non direzionabili, ripetuti, non correlabili a niente altro. È come se uno, a casa propria, avesse degli oggetti che, indipendentemente dalla propria volontà, sovvertono l'ordinamento dello spazio, cambiandosi di posizione, appa-

---

formati nel riconoscere i cambiamenti nella nostra attività interna» (Ruemke, 1941, cit. da Rossi Monti).

[19] «In realtà, la teoria psicopatologica è l'orizzonte di legittimazione e di razionalizzazione del fare terapeutico in psichiatria» (Del Pistoia).

[20] L'evitamento della progressiva e processuale aggravante deficitaria o negativistica, spesso data dal ritiro sociale e dalla povertà relazionale, oppure l'evitamento di forme di paranoia divorante tutto il versante del funzionamento sociale, assume, in questi casi, il carattere di *sabotamento di un destino*, messo in atto consapevolmente, nel penoso *iter* nosodromico del paziente, da clinici psicopatologicamente formati.

rendo e sparendo. Questi fenomeni di automatismo hanno, infatti, un carattere autonomo, primitivo e neutro[21], e, secondo l'Autore hanno valore diretto di lesione organica[22].

«L'espressione "*automatisme mental*" (*Mental Automatism, Geistsautomatismus*) indica un concetto molto ampio e non inteso in modo univoco, seppure la sua natura "organica" e il suo carattere "primario" siano concordemente ammessi (de Clérambault, Nayrac, Levy-Valensi). Dal punto di vista psicopatologico l'automatismo mentale – che vien meglio specificato con l'attributo di "patologico" – viene concepito sia come meccanismo (di cui il soggetto non è cosciente) di "liberazione" di psichismi che si autonomizzano rispetto all'io, sia come "sentimento di automatismo", cioè di automatismo cosciente seppure non "criticato" dal soggetto (che non ne riconosce il carattere morboso)» (Bini, Bazzi, p. 455).

Automatismo mentale:

Ideoverbale: sindrome basale o nucleare. Voci di vario tipo, generalmente minacciose, acustico-verbali; tutta la gamma di allucinazioni e pseudoallucinazioni, eco del pensiero, furto;
Piccolo automatismo: parassitismo, coartazione, passività e interferenza, estraneità del pensiero, ideazione imposta;
Sensitivo: allucinazioni visive, gustative, olfattive e cenestesiche. Parassitismo di percezioni anormali, formicolio, irritazioni, prurito;
Motorio: impressioni cinestesiche, soprassalti, movimenti forzati, imposti.

[21] «Automatismo mentale si riferisce a processi psichici vissuti dal soggetto, ma non riconosciuti come suoi, e attribuiti ad un'azione estranea: tali sono le allucinazioni, i furti del pensiero, e gli ecofenomeni» (Galimberti, p. 122).

[22] Rifacendosi alle ampie teorizzazioni jacksoniane, de Clérambault era convinto che intossicazioni potessero liberare attività normalmente tenute sotto controllo di centri inibitori gerarchicamente preposti e quindi svincolarle, cosicché esse potessero assumere carattere di automatismi ad insorgenza apparentemente spontanea o comunque non voluta. De Clérambault era convinto, pertanto, che gli automatismi mentali avessero, per questo loro carattere meccanicistico, una forte componente organica, quindi biologica.

L'automatismo mentale configura, secondo Jaspers, un disturbo della *coscienza dell'Io*, o, secondo Schneider (1950) dell'*appartenente a me*. È, in sostanza, una sindrome meccanicistica, parassitaria, estremamente disturbante il mondo interno dei pazienti. De Clérambault aveva dedotto le sue osservazioni su questi casi lavorando alla prefettura di Parigi (1920), dove vedeva persone intossicate dall'assenzio, etere e idrato di cloralio. Per de Clérambault, dunque, gli automatismi avevano molto a che fare con il substrato organico, e cioè con quello che A. Ballerini (2009) definisce l'*impersonale biologico*. L'Io critico del paziente – questo è un aspetto cruciale ai fini del nostro lavoro – assiste impotente all'automatismo e, come sostiene de Clérambault, ci *sovrascrive* il delirio. Nino ed Enzo, le cui storie cliniche saranno descritte di seguito in modo particolareggiato, sono stati inviati alla nostra osservazione con diagnosi di *schizofrenia* o *psicosi NAS in tossicodipendente*. Ad un'accurata e prolungata nel tempo valutazione psicopatologica ci si è resi conto, però, che i *confini dell'Io* e la *coscienza di sé* di questi pazienti non erano frantumati e non si ravvisavano *deficit* cognitivi. Ciononostante il loro funzionamento sociale (DSM IV-TR) era gravemente compromesso. In realtà, come è emerso lungo il percorso della cura, Nino ed Enzo soffrivano, di fatto, di sintomi psicotici elementari e caratteristici, *non responder* a nessun trattamento con antipsicotici. Questa quota di sintomatologia residua (tale da configurare addirittura una presenza *altra* dentro il proprio spazio mentale) è stata ascritta, da noi, ad una sorta di *automatismo mentale* su base presumibilmente organico-tossica (da uso prolungato di sostanze).

## V. NINO (1980): IL "CERVELLO-CHE-PARLA-DA-SOLO"

Si presenta alla nostra osservazione a gennaio 2008. Il dato saliente nella storia è la scomparsa del padre per cause ignote (fuga, rapimento, delitto?) quando Nino aveva 26 anni. L'esame psichico evidenzia un atteggiamento abbastanza collaborativo, ma privo di spontaneità e d'iniziativa. L'espressione appare distaccata ed indifferente, il comportamento è adeguato, i movimenti rallentati. L'eloquio è trattenuto, l'umore è depresso, coartato; il pensiero, privo di evidenti incongruità, è inibito, evasivo, con idee di influenzamento (si sente comandato). Sono presenti *allucinazioni* visive, più marcate quelle uditive, commentanti, imperative, denigratorie e conversanti. Il fenomeno più eclatante, tuttavia, è caratterizzato dalla *presenza di musica, canzoni, brani, spezzoni di sigle di cartoni animati*, avvertiti insistentemente nelle orecchie, a volte fin dal risveglio, al mattino. All'età di tredici anni ha iniziato ad utilizzare THC, per poi proseguire con cocaina, amfeta-

mine, ecstasy e kobrett[23]. L'ultima assunzione di sostanze risale a tre anni fa. Al questionario FBF si rileva un punteggio finale di 39/98, le aree fenomeniche maggiormente interessate sono: percezione complessa 8/10, perdita del controllo 5/8, linguaggio 5/10, sovrabbondanza di stimoli 5/10. L'esordio della sintomatologia psichiatrica risale al rientro dal servizio militare, intorno ai 20 anni, caratterizzato da allucinazioni acustiche (voci imperative e commentanti), visive (mistiche), con idee deliranti non sistematizzate. A seguito delle prime cure (clozapina) ha smesso le sostanze e attraversato una fase di remissione sintomatologica della durata di qualche anno, con discreto inserimento socio-lavorativo. Quindi è ricaduto nelle sostanze ed è riesplosa la sintomatologia che, con gli antipsicotici, si è attenuata, ma non è più rientrata[24]. Nino, a partire dalla recidiva psichiatrica, non ha più abusato di sostanze. Attualmente riferisce di sentirsi come un "canarino in gabbia", cioè incastrato in questo mondo pieno di voci, di immagini terrifiche e di musiche spurie, che lo tormentano. Prova, ma a volte inutilmente, a non prestare attenzione alle allucinazioni acustiche, che, nonostante ciò, prendono in alcuni momenti il sopravvento. Si sente, così, estraneo, distante dal mondo, fuori da se stesso, e deve rinchiudersi nella sua stanza per ritrovare un po' di tranquillità. Sente che il suo "cervello" è comandato da un'entità esterna, ma, allo stesso tempo si chiede: «Il cervello può parlare da solo?». Si domanda, inoltre, se queste esperienze siano "normali e reali". Si isola in questo suo mondo già troppo popolato, tanto affollato da non rendergli possibile lo stare in mezzo agli altri. C'è già troppa confusione nella sua testa, per poter ascoltare le voci degli altri reali. Si direbbe quasi che l'esperienza di depersonalizzazione diventi l'unico modo per assicurarsi una dimensione di tranquillità e lontananza da un mondo invasivo e di per sé estraneo. Ha avuto tre relazioni sentimentali, l'ultima durata sette mesi, conclusasi nel 2001. È stata tentata, da noi, per alcuni mesi, una terapia con *antipsicotici tipici* e *atipici* insieme, che non ha ottenuto sostanziali effetti sulla sintomatologia produttiva. Anzi, il paziente, nel tentativo di sottrarsi all'invasione allucinatoria, ha iniziato a frequentare meno il Centro, chiudendosi in un nuovo ritiro. A questo punto si è deciso di utilizzare la buprenorfina. Il paziente ha avuto un sostanziale beneficio, è più vivo, più attivo e in alcuni giorni la sintomatologia allucinatoria scompare del tutto; ad ogni modo, anche quando è presente, egli riesce maggiormente a controllarla. Questo significa che partecipa con maggiore costanza alle attività del Centro, sente che sono diminuite molto le *paranoie.* Attualmente il paziente è coinvolto in un progetto di borsa-lavoro.

[23] Eroina fumabile.
[24] Neanche la clozapina ha fatto più effetto in questa ricaduta.

NINO:

- Decostruzione della diagnosi di *schizofrenia*;
- Terapia farmacologica mirata; utilizzo di oppioidi di sintesi (buprenorfina);
- Riconoscimento di sintomi elementari, automatici, incoercibili;
- Isolamento e circoscrizione dell'"automatismo mentale", descritto soggettivamente come un "fastidio nel cervello", "un rumore di fondo", "cervello che parla";
- Mutamento di atteggiamento complessivo dell'*équipe;*
- Relazione *intensa* e *coinvolgente* con il paziente fondata sulla condivisione emotiva;
- Da allucinazioni ad allucinosi a pseudoallucinazioni, a rappresentazioni mentali;
- *Insight* sull'origine intrapsichica del "rumore di fondo";
- *Disancoraggio della sovrascrittura delirante*;
- Incremento delle strategie di *coping*, e della *compliance* al trattamento;
- Spostamento del *focus* attenzionale dalla sintomatologia parassitaria alla propria persona come risorsa;
- Ridimensionamento della inalterabilità e della ineluttabilità del disturbo;
- Reinserimento sociale in "borsa lavoro".

È stata, nel lungo incontro con Nino, decostruita la diagnosi di *schizofrenia*, attraverso un paziente e lento ingaggio *a tu per tu*, ed un notevole coinvolgimento emotivo. La svolta, in questo caso, sta nell'aver isolato e circoscritto l'*automatismo mentale*, che Nino descrive come un *fastidio nel cervello*, un *rumore di fondo*. Siamo riusciti a *disancorare*, a poco a poco, la *sovrascrittura delirante* (influenzamento e persecuzione), cioè a *staccarla* dal piano allucinatorio, incrementando la *compliance* al trattamento, lavorando, quindi, sulla persona come risorsa e, ridimensionando, alla fine, l'ineluttabilità del disturbo.

Nino a poco a poco, sincronicamente a quanto accadeva dentro l'*équipe*, ha smesso d'enfatizzare questo *rumore di fondo* del cervello che polarizzava tutta la sua esistenza, riconoscendolo come parte di sé, ed ha migliorato la propria capacità di stare nel mondo. Egli ha avvertito il miglioramento dicendo che, dentro di lui, le *paranoie* stavano *perdendo di forza*. Un ruolo fondamentale, quale stabilizzatore e "rifasizzante" cerebrale, in questo caso è stato giocato dall'azione farmacologica di un oppioide di sintesi, la buprenorfina, che normalmente il paziente non avrebbe dovuto prendere in quanto non dipendente da op-

piacei. È come se la buprenorfina fosse andata, attraverso l'attivazione del sistema oppioide, a migliorare l'area neurotrasmettitoriale del *danno organico* procurato dalla lunga esposizione a sostanze stupefacenti. Solo la concettualizzazione psicopatologica dell'automatismo mentale e della sua resistenza al trattamento antipsicotico convenzionale, tuttavia, ha consentito e legittimato l'*add on* di buprenorfina al *trattamento antipsicotico*, che è stato poi notevolmente ridimensionato e semplificato. Durante i gruppi daseinsanalitici molto spesso Nino ha verbalizzato, condividendolo emotivamente con gli altri, la sua disperazione, il suo non farcela più, il suo essere dilaniato dall'intrusione parassitaria di materiale estraneo. Fin quando ha destituito di *estraneità* e *persecutorietà* questo materiale.

Nel giro di un anno, un anno e mezzo, in seguito al lavoro concentrico fatto su di lui, Nino è passato dallo stigma di psicotico "nuovo cronico", ritirato nella propria stanza, impregnato di neurolettici, a persona vivace, con sorriso sulle labbra di "gigante buono"[25], capace di apprezzare le relazioni e d'impegnarsi in un orizzonte lavorativo.

## VI. ENZO (1969): *IL TATTICO*

Si presenta alla nostra osservazione ai primi del 2006, già in trattamento psicofarmacologico e con importanti precedenti psichiatrici e giudiziari. È vigile, discretamente orientato nel tempo e nello spazio, meno nella persona; emergono tematiche di depersonalizzazione e di derealizzazione; l'aspetto è trascurato, l'atteggiamento è scarsamente collaborativo, persecutorio: Enzo si copre con il cappuccio di una felpa; l'espressione è allarmata; la mimica è rigida; l'eloquio è esitante, il tono della voce duro; il pensiero è rallentato, con idee di riferimento e persecuzione; sono presenti *allucinazioni uditive*, l'affettività è coartata, appiattita. Il questionario FBF evidenzia un punteggio totale di 64/98. Le aree fenomeniche maggiormente interessate sono: linguaggio (9/10), pensiero (9/10), perdita degli automatismi 9/10; perdita del controllo 7/8; depressività e sovrabbondanza di stimoli 8/10. Enzo ha una storia di poliabusatore: THC, alcol, eroina e cocaina per via endovenosa. Il mondo di Enzo è popolato da nemici, da complotti, e lui è costretto alla fuga dall'*assedio*; il corpo è controllato dalla "satellitarietà", continuamente preservato dagli sbalzi termici, "igienizzato" ed "energizzato". È stato nello spazio, la polvere spaziale gli è entrata nel naso, conserva questi detriti in un cellophane all'interno della giacca. Un patrimonio di milioni di euro gli è stato rubato, così come anche i suoi sentimenti. Non può essere ucciso perché è, ormai, un

[25] Nino, oltre ad essere robusto, è alto 1,9 m, e il suo sorriso, quando è riaffiorato sulle sue labbra, è di straordinaria dolcezza.

*robot* che si nutre di cibi artificiali. Enzo descrive momenti in cui avverte un "indebolimento mentale", in cui è sopraffatto dalle *allucinazioni.* Il *Tattico* è una figura allucinatoria sottoforma di voce, artefice e tiranno di questo destino; presenza che costantemente critica Enzo, gli intima di suicidarsi e fare del male a chi gli sta accanto, e connota la sua quotidianità di fatica e sofferenza. In opposizione Enzo, man mano, *ha dato voce* anche alle parole delle "dottoresse" (*Am*, *Sve*, *Ing*, *Mauritana*), presenze allucinatorie benevole che lo consigliano, e gli "leggono i pensieri". Agganciato fin dall'inizio con estrema delicatezza, risponde bene al trattamento con antipsicotici e frequenta il Centro con assiduità, interagisce positivamente con gli altri utenti e con gli operatori, sviluppa mansioni di responsabilità in cucina. Nonostante il miglioramento, la sintomatologia dispercettiva non subisce una remissione completa. Il *Tattico* è un ospite abituale delle sue notti. Le voci diventano, invece, un *sottovoce*, quando ha la sua *debolezza mentale*[26] le voci prendono il sopravvento. È attualmente coinvolto in un progetto di borsa lavoro.

ENZO:

- Il comportamento del paziente è, adesso, perfettamente adeguato, pur permanendo "automatismi" ideo-verbali e sensoriali;
- Il delirio di influenzamento (tipo Séglas) è stato costruito sull'irruzione passiva e meccanica, sull'imposizione del flusso allucinatorio;
- Il paziente è posseduto da una "personalità seconda" (de Clérambault), che egli chiama: *il Tattico*;
- Incistamento e non diffusione del delirio attraverso i varchi allucinatorio-deliranti;
- Lucidità, capacità intellettuali, apertura al mondo reale discretamente conservata;
- Non si persegue un'atteggiamento psicofarmacologico a tutti i costi *eradicante*;
- Verosimilmente il *danno cerebrale* da sostanze si coagula nella produttività allucinatoria e parassitaria svincolata da tutto;
- Carattere "bizzarro" di alcune tematiche della fase acuta: *schizofrenia evitata*;
- Ricomprensione delle tematiche allucinatorie trattate dentro la *Meinhaftigkeit*;
- Intenso lavoro di condivisione emotiva e di *disingaggio interpretativo*;
- Reinserimento sociale in "borsa lavoro".

[26] Si tratta, qui, di quella particolare esperienza psicotica tematizzata da Janzarik (1979) con il termine di "insufficienza dinamica".

Anche in questo caso il paziente è in trattamento, oltre che con antipsicotici, con un oppioide di sintesi, il metadone, che il paziente stesso non dismette poiché si rende conto che il problema attuale non è caratterizzato più dalla dipendenza da sostanze, bensì dalla necessità di mantenere un equilibrio timico stabile rispetto alla marcata azione di disturbo della componente allucinatoria meccanica[27]. Attualmente il paziente è molto bene integrato nella vita del Centro Diurno e sta per accedere ad una borsa lavoro. La componente allucinatoria meccanica non è più in grado, in altri termini, d'alimentare deliri interpretativi, perché è stata ricompresa nella *Meinhaftigkeit*. La relazione con l'*équipe* curante è fortissima. Per certi aspetti Enzo è diventato, in questi anni, il simbolo del Centro Giano. Venne ingaggiato, nella fase iniziale, una mattina d'inverno abbastanza drammatica, in cui con l'accendino stava dando fuoco a tutte le locandine affisse sui muri del SerT. L'accostamento e il *contatto* da parte di membri della nostra *équipe* consentirono di evitare il TSO.

I primi mesi di rapporto con Enzo sono stati molto difficili. Il suo versante paranoide era, infatti, attivissimo. La terapia farmacologica è stata *mediata* e contrattata da una psicologa che *entrava in contatto*, attraverso Enzo, con le altre *dottoresse allucinatorie* di cui solo lui si fidava. Molto si è giocato con la riabilitazione nel laboratorio di cucina, a cui Enzo si è progressivamente appassionato. In questi anni sono stati a poco a poco risolti i numerosi procedimenti penali a carico di Enzo, per comportamenti ritenuti socialmente pericolosi da lui messi in atto quando non era in trattamento. Enzo aveva subìto, per il passato, diversi ricoveri in cliniche psichiatriche convenzionate, dalle quali era uscito con una diagnosi secca di *schizofrenia paranoide*. Enzo è stato protagonista, con il suo mondo allucinatorio, di svariati incontri di Gruppoanalisi del *Dasein*, in cui ha condiviso con gli altri partecipanti, su piani intensamente affettivi, la propria drammatica esperienza di *ostaggio* del *Tattico.*

[27] In questi casi l'oppioide di sintesi (buprenorfina o metadone), somministrato quale terapia sostitutiva per l'astinenza e la stabilizzazione della dipendenza da oppiacei, va completamente svincolato dai parametri tossicologici e va utilizzato secondo linee guida di ordine psicopatologico. Il salto di questo passaggio è responsabile di scompensi, suicidi, ricadute o agiti frequentissimi in pazienti di questo genere.

## VII. L'"ULTIMO SAMURAI" E IL "DORMIENTE INFERIORE": IL *SENSITIVES BEZIEHUNGSWAHN* DI ERNST KRETSCHMER

Si è mostrato, dunque, come l'approccio psicopatologico sia capace di interfacciare, nei casi descritti in cui è stato ravvisato l'automatismo di de Clérambault, l'*impersonale biologico*. Ora si tenterà di mostrare come lo stesso approccio cerchi di interfacciare con l'*individuale storico*. Condividendo, infatti, con questi pazienti particolarmente delicati e difficili, lo spazio e il tempo del Diurno, sono stati rintracciati alcuni *percorsi di senso*, che, ad un certo punto, sono apparsi essere coerentemente *genetici* del delirio.

La scuola francese colloca il delirio di rapporto sensitivo (*Sensitives Beziehungswahn*) tra i deliri d'interpretazione. Quindi, fondamentalmente, lo considera una diramazione della paranoia. Il tema delirante, qui, è a contenuto di riferimento, e si impianta in soggetti *supersensibili* come reazione a un contesto traumatico. Il delirio, cioè, si sviluppa a seguito di un evento particolare ed ha carattere di *rapporto*, poiché vissuto dal soggetto come l'esperienza cruciale al centro del rapporto con una persona o con un gruppo.

Il *deliroide sensitivo* è stato collocato, storicamente, come forma di passaggio tra nevrosi e psicosi. Il tentativo degli psicopatologi, infatti, è sempre stato quello di distaccare, dalla tetra paranoia (Kraepelin), alcune forme ad evoluzione più benigna.

I tentativi di Wernicke (autopsicosi circoscritta sulla base di idee prevalenti, 1894)[28], Friedmann (paranoia mite, 1908)[29], Gaupp (paranoia abortiva, 1938)[30] vanno tutti in questo senso. Kretschmer porta, tuttavia, in seno a questa tendenza, un contributo decisivo approfondendo lo studio della personalità premorbosa, definendola, per l'appunto, *sensitiva*.

Il "delirio di rapporto sensitivo" (Kretschmer), in questo senso, è ben distinto sia dalla paranoia di Kraepelin che dalla schizofrenia di Bleuler. Secondo Kretschmer neppure tra *sviluppo* e *processo* esiste una netta demarcazione poiché «esistono tutte le forme di transizione, tutte le più svariate combinazioni causali tra fattori processuali e psicologici». *Ambiente scatenante*, *evento-chiave* e *personalità sensitiva* rappresentano, per Kretschmer, il *tripode* caratteristico per la diagnosi di *delirio sensitivo*.

[28] Per i riferimenti bibliografici v. *Paranoia*, di B. Callieri e C. Maci.
[29] *Ibidem*.
[30] *Ibidem*.

Forme descritte da Kretschmer:

- isteriforme con amnesie psicogene e stati crepuscolari;
- ossessiva con impianto transitorio di fenomeni coatti;
- neurasteniforme con una concomitante sintomatologia di esaurimento;
- dissociativa acuta con quadri similschizofrenici ma di rapida guarigione; catatoniforme rapidamente transitoria.

La descrizione della *personalità sensitiva* fu fatta, da Kretschmer, poiché egli aveva colto, in alcuni individui, delle caratteristiche molto particolari. Si trattava di soggetti con una *grande sensibilità* agli stimoli esterni, i quali *entravano* massicciamente nel loro spazio interiore, ma non ne *uscivano*. Tendendo a riservare dentro questi stimoli, questi soggetti si trovavano a dover smaltire un ipercarico emotivo. Soggetti timidi, inadeguati, interpretativi, scrupolosi, perfezionisti. C'è, nella loro storia, un *evento chiave*: queste persone parlano di qualcosa che, ad un certo punto, nella loro vita, li scopre, li denuda, che li fa *vergognare*, che li fa render conto di quanto sono piccoli, insufficienti, di quanto hanno sbagliato. Questo evento viene, tuttavia, enfatizzato, esaltato, e tutto il loro mondo rimane come *sospeso* a questo evento. Quando tali personalità sviluppano un delirio, questo delirio è come un sasso che cade nello stagno, è *concentrico*, ha a che fare con questo evento, che per loro ha mutato il corso della loro vita. L'aspetto delirante, però, non si sviluppa se, accanto a questa componente, che potremmo definire *ipostenica*, cioè di *sensitività*, non c'è anche una componente *stenica*. Sono soggetti, questi, che, sembrerebbe strano a dirsi, non hanno solo il *ventre molle* (Ballerini, 2009), ma hanno anche una *corazza*, cioè sono soggetti combattivi, che, in qualche modo, poi, sono pronti a fare il grande atto d'orgoglio, a dimostrare di essere *uomini*. Sono soggetti sensibili, delicati ed, al tempo stesso, orgogliosi, testardi. È più chiaro, ora, il senso del tripode, cui si accennava prima, formato dal *carattere sensitivo*, dal *contesto*, che, ad un certo punto, non volge a loro favore, e dall'*evento chiave*, che li smaschera. C'è, in ogni caso, una *vergognosa* esperienza di insufficienza all'origine della malattia, che concerne, soprattutto, le sconfitte *etico-sessuali*. Qui si sono divise due scuole di pensiero: la scuola di Heidelberg tende a non considerare deliranti questi pazienti, poiché se li si riesce a *comprendere* non ci si trova più al cospetto di un delirio primario; la scuola di Tubinga, invece, tende ad allargare la comprensione anche in ambiti che potremmo definire primari.

Ballerini e Rossi Monti (1990), sviluppando l'impostazione di Tubinga, sostengono che, a ben vedere, *nuclei kretschmeriani* affiorano anche in altri deliri, sebbene diversi da quelli sensitivi, ed una volta percepiti, nel *rapporto terapeutico*, possono diventare una specie di *guado*, su cui appoggiare i piedi tra le due sponde dell'incomprensibilità. Questo è un elemento fondamentale per innestare, così come è nel nostro intento, la psicoterapia sulla *slitta* della psicopatologia. *Entrare nel mondo del delirio, rintracciando una continuità di senso, che lega carattere, storia dell'individuo, esperienza vissuta ed ambiente, diventa una via privilegiata di accesso alle sindromi paranoidi* (Ballerini, Rossi Monti, 1990).

Per alcune sostanze d'abuso, invece, forse, possiamo parlare di una sorta d'imprevedibile "effetto Kretschmer": molti *allucinogeni*, infatti, non producono delle vere e proprie allucinazioni, ma sono sostanze che *svelano* la mente, *liberano* (effetto *psico-litico*, *psichedelico*, *entactogeno*) contenuti angosciosi legati a pregresse o fantasticate esperienze traumatiche. Gli stupefacenti, in altri termini, inducono dispercezioni, ripescando memorie traumatiche o producono un'allucinazione del ricordo. Queste allucinazioni allarmano il soggetto, che, in una prima fase, riconduce l'esperienza alterata all'assunzione di sostanze, poi, invece, dopo un po', il soggetto si convince che qualcosa è veramente cambiato, *interpreta* e collega tra loro le allucinazioni. Iniziano così, dentro di lui, i *deliri sistematizzat*i, a cui segue uno *sviluppo paranoide*, poi, in alcuni casi, il deterioramento schizofrenico.

Dovremo essere in grado, in qualche modo, di *smontare* questa sequenza, riconducendo il soggetto alle origini psicogenetiche del delirio.

## VIII. FRANCESCO (1974): L'"ULTIMO SAMURAI"

Accede al nostro Servizio nel febbraio '08, già in trattamento farmacologico. L'esame psichico evidenzia: trascuratezza nella cura della persona; irrequietezza motoria, tremori; apatia, atteggiamento negativistico, umore depresso, incontinenza emotiva; eloquio rallentato, pensiero prolisso e tangenziale con idee deliranti di inadeguatezza e svalutazione di sé, di riferimento e persecutorie; idee suicidiarie, dispercezioni uditive e visive riferite solo sotto effetto di LSD. Inizia a diciassette anni l'utilizzo di sostanze con THC, poi passa all'LSD, funghi, cocaina, popper. Il paziente attribuisce ad un *bad trip*[31] (*scomparsa del soffitto e visione del cielo*) la sua attuale condizione, i suoi *deficit* mnestici e l'isolamento relazionale in cui si trova. Dalla somministrazione del questionario FBF emerge un

[31] "Cattivo viaggio": esperienza dispercetiva indotta da LSD a contenuto terrifico.

punteggio totale di 35/98. Le aree fenomeniche maggiormente interessate sono: pensiero 5/10, perdita degli automatismi 5/10, anedonia ed ansia 5/10. Da cinque anni il paziente frequenta una palestra e pratica Aikido, con due amici con i quali condivideva l'utilizzo di THC. Per Francesco il Centro Giano è «l'ultima spiaggia, per la quale ha strappato un biglietto di sola andata». Dice di essere *straziato* da un dolore senza nome, ed aggiunge di sentire un *giudice* interno che proviene da se stesso, che lo valuta e lo controlla. Francesco ha, sulla superficie dorsale dell'avambraccio destro, una costellazione di cinque bruciature di sigarette. Durante un incontro di gruppo, racconta che si è procurato tali lesioni per contrastare un dolore proveniente «da un groviglio di mostri che ha nello stomaco». Francesco si lascia molto toccare e suggestionare dalle storie e dalla sofferenza altrui, tant'è che si lascia andare spesso, e senza controllo, ad una "emorragia" di lacrime. La personalità di Francesco appare caratterizzata da una sensibilità estrema, a tratti esasperata: eventi o parole, anche ordinarie o apparentemente insignificanti, producono, dentro di lui, una risonanza emotiva profonda, sfociante nel pianto, che lo porta a ripiegarsi su se stesso e a sottrarsi al confronto e alla relazione con l'altro. Un profondo senso d'inadeguatezza e d'inferiorità associato alla perdita della speranza di essere compreso, contribuiscono a far sì che Francesco si abbandoni ad uno stato di prostrazione, di perdita, quasi ad una inerte deriva esistenziale. C'è un punto, in quest'uomo, dolorosamente vulnerabile, che egli cerca, a tutti i costi, di tenere nascosto. La *vergogna* è quella di essersi drogato, pur provenendo da una famiglia *per bene*, e, soprattutto, quella di essersi trovato, ad un tratto, completamente *nudo*, indifeso; l'*evento chiave* è rappresentato dallo *scoperchiamento* del tetto di casa. Questo scoperchiamento del tetto, indotto dall'acido lisergico, diventa la metafora dello svelamento di tutta la sua inadeguatezza. Il suo *essere-nel-mondo* da drogato diventa, insieme, la sua disfatta etica e la sua disfatta umana.

FRANCESCO:

- Condivisione, ricompattazione emotiva e sostegno;
- L'intuizione del "Kretschmer" è una scoperta che tranquillizza l'*équipe* di fronte alla continua caduta del tono dell'umore, fin quasi al disfacimento psichico;
- Evitare il cortocircuito inutile di farmaci-sintomi: le catastrofi sensitive non rispondono agli *antidepressvi*;
- Trattamento con *antipsicotici atipici e stabilizzatori*;
- Aspetto astenico (sensitività) e aspetto stenico (Aikido) come elementi propulsori del *delirio*;

- La vergogna di essersi drogato in una famiglia borghese, di essere inadeguato, di essere così nudo e indifeso. L'evento chiave è lo scoperchiamento del tetto;
- Da "evento" puntiforme (*Bad trip* da *LSD*) a *situazione* generalizzata (*essere-nel-mondo-di-un-drogato*).

Francesco rappresenta, per certi versi, il segno della trasformazione, verificatasi negli ultimi anni, dello stile di consumo di stupefacenti e l'impatto che questo ha avuto in termini sociali e psicopatologici. Quella di Francesco è una famiglia borghese, con genitori professionisti e i fratelli di Francesco sono tutti ben inseriti socialmente. Lo stigma del *drogato*, in questa famiglia, è quello del *perdente*, del *degenerato morale*, dello *stupido*. Francesco, come molti altri suoi coetanei, non utilizzando l'eroina endovenosa, riteneva di non sviluppare alcuna dipendenza. Le sostanze che utilizzava lui, le cosiddette *club drug* o *dance drug*, lo distinguevano dai drogati da strada e lo contrassegnavano più come uno sperimentatore di percezioni, piuttosto che come un volgare e qualunque *tossico*. Le cose, naturalmente, non sono andate così. Oltretutto si è verificato, almeno per Francesco, il crollo della struttura e della tenuta psichica rispetto alla realtà. Francesco si è ritrovato, alla fine, non solo *tossico*, ma privo di mondo, di cura, di progetto, di amori, di amici e, soprattutto, privo della considerazione della famiglia. Per una famiglia borghese rivolgersi ad un servizio pubblico delle dipendenze, nel Sud è ancora una *vergogna* e, in qualche modo, anche una *colpa.* La sintomatologia di Francesco lascia stupefatti. Un *lago di lacrime* e ogni tentativo di ricostruzione si trasforma in un supplizio di Sisifo, poiché, dopo un po', tutto crolla di nuovo. Francesco si sostiene e si distrugge fumando quantitativi industriali di "canne"[32], che, in qualche, modo vanno anche ad interagire con gli altri farmaci. Anche qui l'intuizione di nuclei kreschmeriani, in una versione isteriforme, ha ad un certo punto tranquillizzato l'*équipe*, soprattutto rispetto alle improvvise catastrofi sensitive di Francesco. Il suo trattamento si è interrotto perché Francesco, recuperato un provvisorio stato di benessere, dopo soli sette mesi di diurno, ha deciso di non frequentare più. Da informazioni acquisite ci risulta che sia ricaduto nell'uso di cannabinoidi e che il suo stato psichico sia peggiorato. Il suo maestro di Aikido è stato ricoverato in psichiatria con un TSO.

[32] Spinelli, quindi a base di THC.

## IX. GIANLUCA (1974): IL "DORMIENTE INFERIORE"

Accede alla nostra osservazione nel 2005. Il contatto con lui è preceduto dalla visita della sorella, che lo descrive come reduce da una permanenza a Londra di otto anni, anche se al momento vive rinchiuso in casa. Si stabilisce un primo contatto con il paziente durante una visita domiciliare. L'esame psichico evidenzia: aspetto trascurato, atteggiamento chiuso e diffidente, umore appiattito, pensiero incongruo e rigido, con fenomeni di influenzamento, furto, eco, trasmissione, lettura, riferimento. È presente un articolato delirio di persecuzione, con *allucinazioni* visive e uditive, il linguaggio è povero, le frasi brevi e spezzate. Dai venti ai ventotto anni ha vissuto a Londra assumendo molteplici sostanze d'abuso (ecstasy, funghetti, ketamina, LSD, THC, psilocibina). Dal questionario FBF (autosomministrato) emerge un punteggio totale di 23/98. Aree critiche: pensiero 6/10 e memoria 4/10. Il mondo vissuto di Gianluca è caratterizzato dalla seguente situazione: lui è al centro di un enorme complotto, si sente piccolo, meschino, impotente, manovrato e in pericolo con tutta la sua famiglia. Gianluca vive in un mondo di casta, diviso in due grandi categorie: i *Dormienti* o non ebrei; gli *Altri*, i Dominanti, di origine ebraica. I *Dormienti*, per maleficio o per difficoltà genetiche di ritardo mentale, sono destinati ad essere schiavi per tutta l'esistenza degli *Altri*. I *Dormienti*, solo apparentemente esseri umani *pieni*, sono assoggettati a vivere una vita di secondo piano, senza poter mai ascendere di grado, dediti a soddisfare le esigenze e gli ordini dei *superiori*. Gli *Altri*, invece, possiedono dei poteri in grado di controllare e sfruttare i *Dormienti*, ed hanno una conoscenza eccelsa dei segreti della vita. Durante l'adolescenza, Gianluca è stato sorpreso, un giorno, sotto la doccia, dal constatare quanto i suoi genitali, ma in particolare, i suoi testicoli, fossero piccoli, rispetto a quelli dei compagni. L'idea, successiva, che tutti potessero vedere questi testicoli piccoli, gli ha attraversato la mente come una scossa vergognosa ed insostenibile. Lui, inoltre, è l'ultimo figlio di genitori anziani, ignoranti, piccoli di statura, miserabili. Gianluca ha costruito, sulla propria vulnerabilità e dopo un uso massivo di stupefacenti allucinogeni, un sistema, quello dei *Dormienti*, che, in qualche modo, giustifica e legittima questa sua antica e vergognosa scoperta. C'è lo strapotere del *sentimento di vergogna*, che, in questo caso, non è stato solo generatore di delirio, ma è stato, anche, un potente alimentatore del bisogno di sostanze stupefacenti. Gli stupefacenti hanno avuto, prima, un effetto *coprente* e, poi, un effetto *smascherante* la vergogna originaria. I suoi stessi testicoli sono molto piccoli, quasi inesistenti, affinché egli non possa procreare lasciando proliferare la razza dei *Dormienti*. Quando le persone che circondano Gianluca cercano di aiutarlo vengono "controllati" da un'entità "diabolica", che ne assume le coscienze e agisce per farlo *ristagnare* nella sua apatia, e nell'ineluttabilità della sua condizione di *sottomesso*. Il controllo dei persecutori è esercitato costantemente a distanza. Tutte le azioni intraprese vengono boicottate. Gianluca si è frequentemente distaccato dal Centro e durante uno di questi ritiri ha tentato il suicidio in-

gerendo quaranta compresse di un *antipsicotico atipico* con cui era in terapia. Nel tempo tutta questa sintomatologia è abbastanza rientrata, grazie ad un enorme lavoro svolto sul filo della relazione personale. È stato motivato ad assumere buprenorfina come stabilizzatore del *sistema oppioide*. Attualmente Gianluca è coinvolto in un progetto di borsa-lavoro.

GIANLUCA:

- L'intervento ha sottratto il paziente alla chiusura autistica;
- Relativa conservazione dell'io a fronte di un funzionamento sociale crollato;
- Il lavoro di condivisione, supporto emozionale e motivazione è continuo;
- Sono venuti in primo piano gli aspetti di sofferenza legati alla personalità sensitiva;
- Lo strapotere del sentimento di vergogna (Ballerini, 2009) come generatore del delirio ma anche come alimentatore del bisogno di sostanze;
- Il Centro diventa il campo dove si scontrano le forze ostili: i controllori e la speranza di essere accettato;
- Sta per accedere ad una borsa lavoro.

La Salute mentale competente per territorio, in questo caso, si era addirittura rifiutata di andare a fare la visita domiciliare poiché aveva raccolto, dal racconto disperato della sorella, la notizia dell'utilizzo di stupefacenti in anamnesi. Se il nostro Dipartimento delle dipendenze non fosse stato dotato d'un'Unità Operativa specifica, il destino di Gianluca sarebbe stato *segnato*. L'intervento e, soprattutto, la relazione che ne è conseguita, hanno sottratto Gianluca alla chiusura autistica e alla progressione schizofrenica, di cui Gianluca reca tutte le stigmate. Anche in questo caso abbiamo trovato un Io relativamente conservato, rispetto ad un funzionamento sociale crollato. C'è stato un grosso lavoro di condivisione, a mano a mano che sono venuti in primo piano gli aspetti legati alla personalità sensitiva («Ci vorrebbe troppo tempo e troppa vergogna per affrontare tutto quello che devo affrontare» – dice Gianluca). Il Centro è diventato il campo dove si sono scontrate le forze ostili e la sua speranza di essere accettato; anche il Centro, dunque, è entrato nel campo delirante. Ci sono giornate in cui Gianluca non ce la fa a venire, e quando non viene pensa che noi siamo i famigerati *controllori*. Con questi pazienti l'equilibrio è tenuto e perso continuamente, però, di fatto, in questo caso, siamo intervenuti, in qualche modo, tardi e, nono-

stante ciò, ancora c'è la possibilità di rintracciare dei percorsi genetici. Gianluca ha affrontato la sua ritrosia verso il mondo recitando un monologo a teatro durante una trasferta a Trieste del nostro Centro. Per i suoi lineamenti fissi, d'apparente, ieratica saggezza, viene soprannominato, dagli altri pazienti del Centro, l'*azteco.*

Spesso, nel gruppo daseinanalitico, Gianluca finisce per interpretare il ruolo dello psicotico congelato come nel *giardino delle statue di sale* (Del Pistoia, 1997).

## X. Delirio e destino

L'osservazione "diadromica"[33], cioè attraversante longitudinalmente il corso del tempo, in tutti i casi descritti, si è rivelata essere *fondamentale* per i dati psicopatologici rilevati e per la realizzazione di un efficace percorso di cura. L'acquisizione di una prospettiva psicopatologica coerente, in altri termini, ci ha consentito di *minare* la cronificazione delle *pseudo-diagnosi* precostituite sulla base dei soli sintomi produttivi:

1) Nino ed Enzo sono caratterizzati da una protratta esperienza di abuso di sostanze che ha generato sintomi allucinatori *persistenti* e *resistenti* al trattamento farmacologico, sui quali i soggetti hanno *sovrascritto* una semantica delirante;
2) Francesco e Gianluca sono caratterizzati da *personalità sensitive* nelle quali l'esperienza allucinogena ha rievocato un vissuto traumatico che ha finito per soverchiare le risorse dell'io e per *generare* un delirio concentrico all'evento.

Al di là delle diagnosi preconfezionate da DSM-IV, l'analisi *psicopatologico-strutturale* ha intercettato, dunque, queste quattro persone lungo il frastagliato e certo non lineare decorso di una psicosi delirante-allucinatoria cronica, ovvero caratterizzata dalla presenza persistente di un *delirio allucinatorio cronico*, pur senza la disgregazione di tutta la personalità e di tutta l'esperienza della realtà, cionondimeno totalmente lesiva sul piano del funzionamento sociale.

Che fine hanno fatto, allora, nella psichiatria contemporanea, questi due importanti costrutti psicopatologici classici: la *sindrome dell'automatismo mentale* di de Clérambault e il *delirio di rapporto dei sensitivi* di Kretschmer?

[33] Nel senso caro a S. Piro.

Sembrerebbe, infatti, che gli ultimi decenni di psichiatria pragmatica, ossequiosa ai criteri operazionalizzati e convalidati da dati di ordine statistico-epidemiologico, ne abbiano fatto piazza pulita[34].

Questo lavoro ha mostrato, invece, come, quasi incredibilmente, proprio questi *antichi* costrutti, fatti risonare grazie ad un clima impregnato di sguardo e di ascolto fenomenologici, siano tornati estremamente utili in una pratica istituzionale difficile, centrata sulla presa in carico di pazienti tossicomani-psicotici. Tali costrutti, di fatto, hanno aiutato concretamente l'*équipe* curante, oltre che sul versante comprensivo, anche, e soprattutto, sul versante terapeutico. «La fenomenologia psichiatrica ricerca una visione tipologica delle strutture intenzionali di significato (l'intersoggettività, la temporalità, il corpo, il racconto e il Sé), e, tendendo ad individuare degli ordinatori psicopatologici di livello superiore rispetto a frammenti sintomatologici, ha portato avanti il tentativo di fondare una scienza oggettiva – nel senso del rigore e della comunicabilità – dei fenomeni soggettivi, delineando la cogente integrazione fra la dimensione "impersonale-biologica" e quella "individuale-storica" nel concreto attualizzarsi dei disturbi mentali e nel concreto approccio terapeutico ad essi» (Ballerini, 2009).

Dalla psicopatologia alla psicoterapia. Passaggi metodologici:

- applicazione *rigorosa* del metodo psicopatologico alla pratica clinica;
- attualizzazione di alcuni classici organizzatori psicopatologici;
- *ingaggio* della psicopatologia tra l'*impersonale biologico*, da una parte – in questo caso le sostanze d'abuso – e l'*individuale-storico* (Ballerini, 2009), cioè i percorsi genetici della personalità sensitiva, ritrovata nella compagine di deliri ben costruiti sul piano paranoideo;
- utilizzazione del potente *significato modulante delle emozioni* (Ballerini, Rossi Monti), nella *diurnità* tra operatori ed utenti;
- "messa in scacco" del delirio;
- implementazione della psicoterapia fenomenologica nei confronti delle esperienze e delle sindromi paranoidee.

[34] Si tratta di elementi semiologici molto ricchi di spunti relazionali, e quindi terapeutici, ancora vivi, certo, nell'impostazione di clinici della vecchia generazione, ma del tutto privi di risonanza, invece, nei clinici della nuova generazione, cresciuti ben lontani dalla psicopatologia classica, di cui la fenomenologia rappresenta, per opinione condivisa, la migliore tradizione.

Il primo passo verso la "messa in scacco" del delirio è consistito, allora, nella sua *de-processualizzazione* e nella sua *ricontestualizzazione* secondaria.

Il delirio, sostanzialmente, è stato colto, in tutti i casi clinici esaminati, non tanto e non più come elemento *primario*, quindi *processuale* e *inderivabile*, quanto, piuttosto, nei casi di *automatismo*, come una *reazione (comprensibile) del soggetto di fronte ad una irruzione allucinatoria*, indotta dalle sostanze, che il soggetto stesso, ad un tratto, non ha potuto più legittimare e controllare, se non *interpretando* e ricollocando i dati dell'esperienza allucinatoria in un *nuovo* orizzonte di significato. Nei casi dei *sensitivi*, invece, il delirio è stato *ricondotto* a pieno nella matrice *personologico-individuale-storica* della persona, colta come un *essere-a-modo-proprio-nel-mondo*.

Di fatto, come si può arguire, si è proceduto ad una sorta di *smontaggio* del delirio, che – riconcettualizzato da *inderivabil*e e, quindi, *incomprensibile*, a *derivabile* e, quindi, *comprensibile* – è diventato, alla fine, aggredibile e modificabile dalla relazione (psico)terapeutica *duale* e di *gruppo.*

Una volta identificate le fonti (psico)genetiche del delirio (complessi automatici o nuclei sensitivi) si è andati a circoscriverle e a ridimensionarle, in modo tale da *togliere piede, tagliare terreno e alimentazione alla deliriogenesi*.

Ne è derivato, nel tempo, un vero e proprio *decadimento* dell'impianto delirante ed un immediato e progressivo miglioramento del rapporto con la realtà. Il delirio, in altri termini, è stato *messo* e *tenuto in scacco*, cioè circoscritto, incistato, *clivato* dal piano allucinatorio e *ridotto* nei termini ipotetici di una possibile, ma non più così certa, *versione del mondo*.

L'intervento terapeutico, messo in atto dall'*équipe* curante, in modo integrato, complanare e individualizzato ha puntato, nei primi due casi, al *clivaggio* del delirio, cioè alla disarticolazione di questo delirio, che dal paziente era stato *sovrascritto* e *allacciato* alla componente allucinatoria (de Clérambault), attraverso la neutralizzazione del versante interpretativo. Negli altri due casi, invece, il trattamento ha puntato alla ricomprensione della matrice (psico)genetica del delirio, accompagnando il paziente nel *cuore* stesso dell'insostenibile dimensione della vergogna (Kretschmer).

È massimamente evidente, ora, il ruolo giocato, in questa operazione, dalla riconcettualizzazione psicopatologica, nel senso che, senza l'intuizione e la conoscenza della sindrome di de Clérambault e del de-

lirio di rapporto di Kretschmer, questa operazione, nei puri termini del DSM IV, non sarebbe stata in alcun modo possibile[35].

A questo punto è maggiormente chiaro che, in tutti e quattro i casi esaminati, il funzionamento sociale dei soggetti era crollato non tanto per la supposta disintegrazione dell'io o per le sopraggiunte deficitarietà cognitive o negatività (come ritenevano i precedenti psichiatri curanti), quanto, piuttosto, per l'effetto "domino" di un pensiero delirante, il quale, pur non *primario* o *rivelativo*, stava, cionondimeno, compromettendo a mano a mano tutto *l'esame di realtà*. Poiché o *primario*, o *secondario*, un delirio alla fine è sempre un delirio, e come tale tende, in ogni caso, a distaccare il soggetto dalla realtà, per sostituire quest'ultima progressivamente con un'altra realtà. Per non parlare del ruolo giocato dalle sostanze d'abuso, prima nella genesi delle sintomatologie, poi nella copertura delle stesse[36].

Un'altra acquisizione di senso per noi è stata che, sul limitare della *psicosi organica*[37], come dimostrato dai casi descritti di "de Clérambault", è possibile, cionondimeno, l'*incontro.*

Il riconoscimento dell'automatismo mentale, infatti, ci ha consentito di capire che il disturbo irritativo dei centri psicosensoriali, gestito farmacologicamente e non oltre un certo limite, non vieta affatto di strutturare una profonda relazione empatica con il paziente. In questi casi lo spazio allucinatorio, cioè il piedistallo su cui il paziente, secondo de Clérambault, aveva costruito la statua del delirio, è stato riconosciuto, delimitato, condiviso e, ad un certo punto, addirittura concretamente *conteso*[38] da figure reali, vive, amiche[39]. Fino a quando il paziente non lo ha ricompreso dentro l'area del sé.

---

[35] È evidente come la psicopatologia finemente descrittiva abbia fornito la sponda, il guardamano, il supporto per tutta una serie di passaggi e di articolazioni, grazie soprattutto alla sua struttura multi *stratificata* (Scheler), laddove il piano monodimensionale, benché multiassiale, del DSM IV, non avrebbe fornito appigli.

[36] Di fatto è evidente, in questi casi, come la sovracomponente delirante è in grado d'impedire, in entrambe le ipotesi, un rapporto adeguato con la realtà, anche a fronte di un Io relativamente integro (effetto nebbiogeno del delirio). Cosa che, invece, un po' più difficilmente accade nelle sindromi paranoidee senza abuso di sostanze.

[37] Ovvero di fronte ai casi di Nino ed Enzo, in cui la quota psicotica allucinatoria era veramente non sopprimibile, e come tale probabilmente correlata ad un danno cerebrale minimo da poliabuso cronico di stupefacenti.

[38] Quando la nostra collega psicologa *media* con Enzo il numero di gocce di antipsicotico che deve prendere ogni mattina, consultandosi con le dottoresse ING, SVE e AM, sta in qualche modo attuando il discorso della *prassi mimetica* di Calvi, con un'interpretazione inedita di questa nozione. Ella, cioè, diventa *una* delle dottoresse amiche di Enzo e si consulta con loro, attraverso la mediazione di

L'espressione "*sabotage*", utilizzata nel titolo di questo lavoro, potrebbe sembrare enfatica ed iperbolica rispetto alle pratiche della cura che, nella *routine* dei servizi, vengono messe in atto. Lo stesso dicasi per il termine *destino*. In questo senso, evidentemente, come già alludeva la poetessa/filosofa Maria Zambrano, il *delirio* è, in qualche modo, un *destino*. Anzi, forse, il delirio *è* il destino. Ma, a ben vedere, non è così. O, almeno, laddove s'intervenga con rigorosi criteri psicopatologici, non è sempre così.

I soggetti descritti – soprattutto Nino, Enzo e Gianluca – tutti senza congrui appoggi familiari, senza servizi sociali di riferimento, intossicati da sostanze stupefacenti, sono stati ingaggiati e "incontrati" lungo i binari di una pseudo-*processualità*, al termine della quale la schizofrenia diventa, se non il nucleo di partenza, se non il *core* psicopatologico del disturbo, una sorta di estuario o di delta, o, continuando la metafora del binario, un tragico capolinea. Un porto delle nebbie, una notte, in cui *tutte le vacche* purtroppo, alla fine, *diventano nere*. Uno dei punti critici, infatti, è proprio questo. Sebbene l'analisi psicopatologica progressiva abbia smantellato la preconfezionata e preconcetta diagnosi di schizofrenia, tutta l'area del funzionamento socio-lavorativo dei soggetti era, e sarebbe continuata ad essere, grandemente minata, come se realmente essi fossero *schizofrenici cronici processuali*. Né l'intervento farmacologico, per quanto corretto e adeguato, sarebbe bastato, da solo, ad arginare il percorso/processo psicopatologico.

L'aspetto centrale del "*sabotage*" concerne, dunque, innanzitutto, come è già stato evidenziato, il salto dal binario processuale (delirio) ad un mosaico psicopatologico più fluido (deliroide). Il primo passo, dunque, è stato quello d'applicare il rasoio psicopatologico (Rossi Monti, Stanghellini, 1996)[40] alla confusione. Grazie all'allargamento

---

Enzo, mentre, di fatto, resta anche la dottoressa (buona) di carne ed ossa ancorata alla realtà.

[39] La voce femminile, la dolcezza, l'amichevolezza della collega infiltrata nel mondo allucinatorio di Enzo si sono innestate sulla percezione di amicizia, protezione e sostegno delle dottoresse allucinatorie, necessarie controparti positive del *Tattico*, fino a quando esse sono scomparse, poiché Enzo aveva nuovo amici di cui fidarsi. Come a prenderlo lentamente in consegna.

[40] «Abbiamo a questo proposito parlato di *rasoio psicopatologico* cercando di mostrare come nella comunità degli psicopatologi si pratichino due fedi distinte e contrapposte: da un lato vi sia chi sostiene che il rasoio psicopatologico è in grado di distinguere, senza fare ricorso a criteri extra-sintomatologici (come il decorso o lo sfondo in cui si collocano i sintomi), tra fenomeni psicotici schizofrenici e non (affettivi o dell'area paranoicale, ad esempio). Dall'altro invece c'è chi al contrario sostiene l'indistinguibilità di fenomeni psicotici occorrenti nel contesto di diverse sindromi psicopatologiche o comunque l'inservibilità del criterio puramente

dell'orizzonte comprensivo così ottenuto si sono potuti effettuare, poi, un'appropriata stabilizzazione *tossicologica* con farmacoterapia *oppiacea* e il forte ridimensionamento di aree sintomatologiche discrete di marca psicotica. La ricontestualizzazione del quadro psicopatologico in termini di maggiore comprensibilità ha avuto, dunque, una ricaduta immediata sull'operatività[41] terapeutico-riabilitativa.

## XI. PSICOTERAPIA FENOMENOLOGICA "DUALE" E "GRUPPALE"

La *psicoterapia*, in questo caso praticata con pazienti gravi in un servizio pubblico, è di ordine fenomenologico, poiché strettamente legata, come è stato mostrato, a vettori di indirizzo e ad ordinatori di senso francamente ed esclusivamente psicopatologici (Ballerini, 2009).

---

sintomatologico per porre la diagnosi differenziale, ad esempio, tra una psicosi schizofrenica paranoide ed una psicosi maniacale. Volendo riproporre l'esempio classico della percezione delirante, coloro che sostengono la efficacia del rasoio psicopatologico portano come argomento la diversa articolazione di questo fenomeno psicotico in contesti nosografici diversi. Da un lato la percezione delirante tipicamente schizofrenica sarebbe caratterizzata dal dispositivo antropologico della rivelazione, mentre quella rilevabile nel contesto di una psicosi affettiva sarebbe contrassegnata dal dispositivo antropologico della conferma. L'esperienza schizofrenica di rivelazione è caratterizzata dall'emergenza di un elemento di novità che si staglia sproporzionatamente e si impone sullo sfondo della biografia del soggetto con la quale non ha alcun rapporto di continuità apparente, almeno dal punto di vista del soggetto stesso. La rivelazione cioè apre le porte di un mondo nuovo. L'esperienza delirante della conferma invece non è vissuta con il crisma della novità e della sorpresa (dell'*Eureka*) bensì come l'ennesimo avvenimento della vita vissuta che suggella quanto il soggetto già sa di se stesso: nel caso del melancolico la colpevolezza, nel caso del maniacale la grandezza. Seguendo questa falsariga e sulla base di un approccio fenomenologico all'analisi del sintomo, Alfred Kraus (1994) ha proposto un criterio psicopatologico centrato sull'analisi puramente formale (non sul contenuto) dell'esperienza delirante capace di distinguere trasversalmente tra delirio propriamente schizofrenico e fenomeni deliranti non schizofrenici e cioè inerenti alle psicosi affettive e paranoicali» (Rossi Monti e Stanghellini, 1999).

[41] Il riconoscimento di aspetti nucleari relativi ai costrutti "de Clérambault" e "Kretschmer", poi, non deve affatto indurre a ritenere che i soggetti fossero meno gravi, e che sono migliorati semplicemente perché era stata sbagliata la diagnosi (non erano veri schizofrenici… perciò sono migliorati). All'accettazione essi erano già in trattamento farmacologico antipsicotico e i quadri clinici erano molto confusi, i soggetti demoralizzati, alterati, ma soprattutto deliranti e allucinati, nonché preda di *craving* per stupefacenti.

Quando si *sgonfia* la vela del delirio, finalmente, rimangono le piccole voci, sottofondo e sottovoce, di cui il malato stesso sorride, o rispetto a cui torna ad essere *perplesso.* Qui la dimensione della *perplessità*, che Callieri considera la *cifra* della crisi dell'intersoggettività, della capacità di costituire l'altro, della *Vertrauen* husserliana, diventa, invece, paradossalmente, una tappa fondamentale del *ritorno*, o dell'uscita dal delirio. Il segno del *guado* (Ballerini, 2009), cioè del passaggio verso la riva della realtà condivisa. Se è vero, infatti, che la perplessità[42] è crisi dell'intersoggettività, il delirio, invece, è una realtà completamente *altra* e *impermeabile*; pertanto, se la perplessità è un passo indietro rispetto alla realtà, la stessa perplessità, a ben vedere, rispetto al delirio, configura un passo avanti, ovvero un passo in uscita. Poiché, in un *continuum* di transizione (Koehler; Klosterkoetter), la *perplessità* si trova in mezzo, tra la realtà e il delirio.

Psicoterapia fenomenologica delle sindromi paranoidi:

- Agganciare il paziente, incrementare l'essere nella relazione duale (*être-à-deux*; *Mit-Dasein*);
- contenere l'angoscia, lavorare sulla comprensione psicogenetica del delirio, isolare gli automatismi;
- tentare di stabilire il confine di contatto tra la *persona* e il *delirio*;
- valorizzare i passaggi, le transizioni, il *continuum* nel senso della reversibilità;
- togliere combustibile al delirio: attenuare la disforia, legata a rabbia, vergogna, colpa;
- delimitare e ridurre il delirio dentro la breccia aperta dalle allucinazioni;
- clivare il piano interpretativo dal piano dispercettivo;
- lasciar "seccare" il versante delirante, una volta deconnesso da quello allucinatorio, o da elementi personologici suscettibili;
- affrontare la *perplessità* in uscita dal delirio: stare vicini nello smantellamento delle convinzioni, nel caos tra il già e non ancora;
- sostenere il paziente nel rinvenimento di un nuovo senso (*sensus communis*, *common sense*, *Gemeinsinn*);

[42] «La perplessità […] indica in modo singolarmente efficace il dissolversi e il destrutturarsi dell'univocità della comunicazione con l'altro-da-sé; dall'alterità all'alienità» (Callieri, 2001).

- ampliare l'*insight* su *automatismi* e *sensitività*, come elementi propri e non estranei;
- sostenere il paziente nel ritorno al mondo e nella costruzione di mondo;
- attualizzare la speranza di poter finalmente *essere-con-qualcuno-nel-mondo.*

*Stare* nella perplessità, *con* il paziente psicotico, rimanergli presso, a volte per mesi, o per *anni*, non è certo facile per il terapeuta. *Flottare*, in un certo senso, con la coscienza del paziente, mantenere indefinito l'orizzonte dei significati, attendere[43], mentre si cerca di giuntare monconi di fili spezzati, tracce d'intenzionalità interrotta, tra aderenze deliranti e residui di realtà, tra freddo, silenzio, polvere e accensioni di guizzi improvvisi. I minuti, nella stanza del colloquio, diventano quasi gocce di piombo, l'angoscia dell'indeterminato – quello che Callieri (1978) chiama *unkanny* – è tremenda, ed è forte la tentazione, da parte del paziente, ma anche, talvolta, da parte dell'estenuato terapeuta[44], di scivolare verso le abbandonate certezze deliranti, pur di ridurre l'angoscia. La tanto faticata *Partnershaft* tra clinico e paziente rischia, a questo punto, di andare mille volte in pezzi, anche perché sia gli automatismi che la vergogna vengono destituiti da bracci di leva e considerati niente altro che espressioni della propria vulnerabilità. Ma tutto è estremamente faticoso e angoscioso: meglio il nichilismo autistico o l'amplesso delirante a questa sorta *parto distocico della vita*. Qui, allora, si sente, forte, il timbro della *Sfida*[45]. Questo, in altri termini, è il momento in cui più determinante e cruciale si fa il ruolo giocato da

[43] "*Seinlassende*", dice Binswanger, ovvero mettersi in un atteggiamento che tende ad una comprensione non interventistica, ad un silenzio privo di voce (*Lautlos*), un qualcosa che ha a che fare, da un lato, con l'abbandono all'essere di Heidegger, la *Gelassenheit*, da un'altra parte con le lenta ripresa di quella *fiducia* husserliana, dove incontro dopo incontro si coltiva la speranza che l'esperienza continui (o riprenda) ad esistere nel medesimo stile costitutivo che, in questo caso, aveva prima dell'irruzione del patologico.

[44] Qui si consuma quella che Benedetti (1997) ha definito la *sfida esistenziale* nella psicoterapia dei pazienti psicotici: il sé del terapeuta non può assolutamente rimanere intatto di fronte alla frantumazione dell'*altro-da-sé* che sta *di-fronte-a-sé* e che è il paziente. Di fatto il terapeuta deve, in qualche modo, *sbriciolare* il proprio versante di contatto con il paziente per offrirgli la possibilità, successivamente, di "costruire per frammenti" quello che è andato perduto.

[45] «Sfida psicopatologica (*psychopathologische Herausforderung*): che avviene tra due reciproci sfidanti. Lo psicoterapeuta con la sua esistenza personale totale e il paziente psicotico, con le sue forme esistenziali, le situazioni limite e le trasformazioni morbose della sua esistenza» (Barison, 1994).

tutto il *milieu* ambientale nel fornire al paziente (ma anche allo stesso terapeuta)[46], *disidentificatosi* dal delirio, una sorta di *calco*, un'identità provvisoria, vaga, buona eventualmente per tutte le misure, un *salvacondotto* nel mondo fatto, a sua volta, di altri profili umani, che cominciano a stagliarsi nella nebbia, ma che sono ancora nebbiosi. Il tutto in un clima che non ti chiede mai troppo, dove, a tua volta, puoi anche vagare, sostare, andare, interagire con chi ti pare o startene chiuso a contemplare l'infinito dei possibili.

Dei passi avanti sostanziali vengono fatti, ancora, nel corso del gruppo daseinsanalitico. Oltre alla presa in carico individuale, infatti, in cui il singolo clinico lavora con il singolo paziente aiutandolo passo dopo passo, un passo avanti e un passo indietro, il gruppo daseinsanalitico lavora sullo strato germinativo del soggetto, liberando tutte le sue valenze più *patiche* e dandogli la possibilità di *esternalizzare*, questa volta in maniera condivisa, *attiva*, e non *passiva*, il mondo delirante-allucinatorio. Che è, in fondo, un modo per renderlo più vulnerabile, quindi "spappolabile", per relativizzarlo, ma, soprattutto per *condividerlo* e per riassumerlo, successivamente, in sé, un pezzettino alla volta, maggiormente metabolizzato.

Gruppo daseinsanalitico (Cangiano A., in Di Petta, 2009, p. 229):

24/07/07, Centro Giano, h. 14.30: in mezzo al gruppo è stato invitato Enzo, davanti a lui un vuoto, pieno di percezioni abnormi. «C'è il *Tattico*», entità malevola, che lo denigra e lo incita a farsi del male. Enzo è teso, ha lo sguardo fisso sul vuoto/pieno davanti a sé. Il cuore mi palpita. L'aria si satura di angoscia quando Enzo, invitato dal conduttore, inizia a situarsi-verso (*être-au*) il *Tattico*[47]. Parole spezzate, attraversate dalla paura. Eppure bisogna affrontare la parte peggiore che *ognuno di noi* si porta dentro. Potrà mai Enzo riassumere il *Tattico* in se stesso? Intanto il conduttore, alle spalle di Enzo, per un po' assume le sem-

[46] «L'incontro che vuol essere terapeutico non si sottrae al dolore, lo accetta, ne viene permeato asimmetricamente, il terapeuta ne esce pervaso, il paziente sollevato: è un lavoro, duro, ed è lavoro, perché c'è fatica» (Gozzetti, 1998).

[47] «Se io giro intorno ad un oggetto, moltiplico le prospettive sotto cui lo vedo. Una nuova prospettiva non solo completa, ma relativizza anche, nello stesso tempo, tutte le precedenti. Solo il *lasciar giocare* le diverse prospettive permette la percezione della struttura dello spazio dell'oggetto visto; ciò costituisce una tappa essenziale nel percorso di comprensione dell'oggetto come qualcosa di reale. Husserl parlava di *Abschattung* (adombramento)» (Blankenburg, 1992).

bianze del *Tattico*, è persecutorio[48], lo *costringe* a guardare nell'abisso. Ma, al tempo stesso, non ha il profilo temibile del *Tattico.* «Vorrei abbracciarti, Enzo, ma vorrei, in questo abbraccio, abbracciare anche il *Tattico* che tu ti porti dentro, addosso e dietro». Nell'abbraccio con il conduttore Enzo abbraccia la parte più necessaria e inaccettabile di sé: abbraccia il *Tattico*. Siamo tutti spossati. Enzo sembra più tranquillo. Abbiamo tutti, *con-Enzo*, incontrato finalmente il *Tattico*[49] .

La sequenza descritta mostra un primo passaggio cruciale, in cui il terapeuta invita il paziente a *dare forma* al cospetto di un gruppo di *altre* presenze umane, alla sua allucinazione terrifica. Il *Tattico*, in altri termini, viene *snidato*[50] dall'ombra e ridotto a *presenza* tra le *presenze.* La mediazione del conduttore è fondamentale, il *Tattico*, di fatto, *passa* per lui, nel senso che, una volta evocato fuori da Enzo, è lì non soltanto per Enzo (*pour-soi*).

Si lavora, in qualche modo, lentamente ed artigianalmente, alla ricostruzione, pezzo per pezzo, di quella perduta reciprocità o *Noità* (Binswanger, 1942), la *Betweeness* su cui molto ha scritto Callieri (1998).

Gruppo daseinsanalitico (Di Petta, in Di Petta, 2009, p. 330):

27/09/07, Centro Giano, h. 14.30: Enzo è seduto in mezzo al gruppo, io sono dietro di lui. L'ho invitato ancora ad incontrarsi con il *Tattico*, a provare a dargli del TU[51]. Dargli del tu è un modo di ridurre la distanza, sia per me che per Enzo, entrambi nudi, adesso, davanti a questo essere

[48] È, questa, quella che Benedetti (1976) definisce "contro-identificazione", nella quale, come sottolinea Blankenburg (1992), «prima che possiamo aspettarci dal paziente che stabilisca un contatto visivo, o addirittura guardi con i *nostri occhi*, dobbiamo tentare noi innanzitutto, anche se ci è difficile, di vedere con i *suoi occhi*».

[49] «Niente di tutto questo sarebbe potuto accadere se non avessimo compiuto una radicalissima *epochè* delle nostre sovrastrutture sociali, culturali, professionali, arrivando al limite di esserci come totale trasparenza» (Calvi, 1998).

[50] Qui la sfida psicoterapeutica assume quella tonalità che Benedetti (1992) definisce la *battaglia*, o la lotta con il demone, mettendo in luce «il fascino di una psichiatria che conferisce allo psichiatra compiti da cavaliere del Graal: la difesa armata del malato contro il demone della malattia» (Barison, 1994).

[51] «Ci sono giorni in cui la mia malinconia non mi consente neanche di dare del Tu a me stesso» (Kierkegaard).

terrifico, padrone delle sue notti, dis-positore della sua stessa vita[52]. Gli suggerisco, sostenendolo, che forse è giunto il momento di cambiare nome al *Tattico*. Enzo mi chiede *come* chiamarlo. Ma è lui solo, adesso, che deve deciderlo. Io posso solo *esserci*, più vicino possibile[53] a lui. Siamo entrambi soli, ma gli altri sono il perimetro della realtà. Io tocco le sue spalle. Enzo è curvo, scruta nel vuoto davanti a sé. Dopo qualche minuto di interminabile silenzio, sceglie: «Lo chiamerò E n z o!» La *commozione* è di tutti[54]. Ci alziamo, ci abbracciamo forte. Non trattengo il pianto sulla sua spalla[55]. Ci teniamo, a lungo. È quasi lui, adesso, che tiene me, fiaccato dal freddo e dal buio che ho sentito portandomi a ridosso dell'allucinazione che ingombra la sua solitudine. Non siamo più, adesso, *psichiatra e paziente*. Solo uomini[56]. Il *mondo comune* come in un'eclissi di sole, si è sovrapposto al mondo allucinatorio. Ora è caldo. Qualcosa di nuovo si muove, è nato[57], nella nostra *co-scienza*.

In questa ulteriore sequenza viene affrontato il secondo passo, che è quello della riassunzione del *Tattico* nello spazio interno di Enzo, ovvero il transito del *Tattico* dall'esterno dove agiva come personalità seconda, all'interno, dove viene, in qualche modo, ricompreso come una parte di sé. È un passo avanti nella ricomposizione della frattura con la realtà. E nel riposizionamento della direzionalità dei propri processi di pensiero, una sorta di recupero della dimensione di padronanza di sé.

Lo sforzo *umano*, oltre che clinico, del terapeuta, qui è massimo, nell'accesso comunicativo all'essere diverso dell'altro, così come è stato tematizzato da Blankenburg (1992) e da Barison (1992).

---

[52] Siamo, qui, «*Am Rande des Abgrundes*», dice Benedetti, 1992, e cioè *sull'orlo dell'abisso*, oppure, con un'altra sua icastica espressione «nelle fauci del drago».

[53] L'atmosfera dell'incontro IO-TU-NOI, qui, intrisa di "con", si estende, paradossalmente, anche al *Tattico*. Il *Tattico*, uscendo dall'agguato della notte e portato in pieno giorno al cospetto di tutti, con un tratto intenzionale di legame così forte con Enzo e con il terapeuta, in questo caso, diventa da *alienus alter*. In un certo senso si fa, da *persecutorio*, elemento reciprocante, *terzo*, di questo *duale Wir Selbst* della coppia terapeuta-paziente.

[54] «Lo stupore segnala l'esordio dell'incontro […]» (Calvi, 1998).

[55] La commozione del terapeuta sgorga dalla percezione che il paziente palpita nel contatto come un essere che si sente nuovamente *vivente* (*Sichdarsleben*, Binswanger).

[56] Si è, in qualche modo, vissuta, dall'una e dall'altra parte, quella peculiare esperienza di mutamento che Blankenburg (1992) definisce il "proprio diventare altro".

[57] «L'incontro dello psichiatra con il malato è amore (nella specifica modalità dell'empatia), in quanto ripete, eideticamente, l'incontro della madre con il neonato» (Calvi, 1998).

## XII. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

Il primo grosso lavoro compiuto dall'*équipe* del nostro Centro, quindi, è stato sull'*aggancio*. I soggetti hanno percepito, da subito, entrando in contatto con il Centro, non un freddo clima da ambulatorio sanitario, ma una sorta di vera e propria *casa* che li ospitava. Solo la *visione eidetica* delle esperienze psicopatologiche matriciali (Calvi, 2006), tuttavia, e ad un certo punto del percorso, non subito, ha cominciato ad orientare il trattamento, che è stato calato sempre in un clima di fondamentale condivisione dell'esperienza tra *équipe* curante e paziente, nell'atmosfera di una *radicale empatia* (*ibid.*). In questa fase il *milieu* emozionale della *diurnità* ha consentito di cogliere e di sviluppare gli elementi salienti e critici dall'avviluppamento di una dimensione sinistramente persecutoria, di riferimento e auto-centrata, caratterizzata anche da esperienze o aggressioni dirette contro il corpo o contro il pensiero dei pazienti stessi.

Tutti gli elementi dispercettivi che turbano l'elementare e basica esperienza del senso comune dei soggetti erano stati, dagli stessi, a poco a poco incorporati nel blocco ideoaffettivo di una realtà immaginaria. La scoperta che il delirio stesso esisteva solo dentro le parentesi delle voci, nel caso della prevalenza degli automatismi alla de Clérambault, oppure che il delirio era configurato come un alone, nel caso della prevalenza degli aspetti kretschmeriani, concentrico all'evento, si è rivelata *decisiva*, il colpo di timone che ha invertito la rotta, lo *scambio* che ha consentito l'uscita dal tetro binario processuale.

Nello spazio del corpo, della testa e del pensiero di questi pazienti, si esercitavano azioni incoercibili e parassitarie, ascritte addirittura ad una personalità seconda. Il delirio, tuttavia, era rimasto piuttosto incistato, non essendosi mai aperto nel dominio del fantastico o dell'immaginario, se non dalla prospettiva consentita dalla feritoia allucinatoria o dalla vergogna indicibile. Tutto lì e non oltre lì. Lasciati a se stessi, ad ogni modo, questi pazienti erano in corso di progressione verso il delirio cronico sistematizzato, complicato dall'azione patogena ma al tempo stesso "auto-terapeutica", proprio poiché nebbiogena delle sostanze d'abuso.

Le sindromi paranoidi appartengono, in qualche modo, ad un *continuum* di cui ad un estremo c'è la personalità, all'altro estremo la schizofrenia, e noi dobbiamo avere la capacità di capire in che punto di questo *continuum* si situa il paziente paranoideo che abbiamo di fronte. La psicosi paranoide, al di là di una sua definizione manualistica e nosografica, *costituisce*, per il soggetto che la vive, da una prospettiva fe-

nomenologica e psicopatologica, un'esperienza assai complessa, variegata e connotata di un fortissimo carattere di ambiguità.

Tale ambiguità costitutiva è reperibile in una serie di considerazioni a doppio binario, di seguito evidenziate, di straordinario valore ai fini dell'instaurarsi di un proficuo percorso psicoterapeutico o, più in generale, di cura:

1) la dicotomia *comprensibile/incomprensibile*, di matrice jaspersiana, trova, paradossalmente, proprio nella paranoia la sua barriera più fragile. Gli studi effettuati da Arnaldo Ballerini e da Mario Rossi Monti (1990), infatti, a partire dal delirio di rapporto dei sensitivi di Kretschmer, hanno allargato di molto il guado attraverso la comprensibilità e l'accessibilità delle psicosi paranoidi nelle quali sia reperibile, da qualche parte, un elemento di sensitività. Va da sé che, essendo la sensitività un qualcosa di impressibile dall'esterno, fin dove si estende il suo riflesso è reperibile una derivabilità e, quindi, una comprensibilità, in termini jaspersiani, dell'esperienza stessa. Anche il riconoscimento, che si deve a de Clérambault, che il delirio si sovrascrive all'automatismo allucinatorio come tentativo del soggetto di interpretare quanto di abnorme gli sta accadendo, è un elemento portante del discorso terapeutico.

2) La dicotomia *personalità/sintomo*. Il carattere di reattività della paranoia, o per lo meno di alcune esperienze paranoidi sul terreno della vulnerabilità, opposto a quello di endogenicità, va ad allargare i margini del contrasto che la persona, schneiderianamente, esercita contro la malattia, da una parte, e da un'altra parte il rapporto all'ambiente, considerato a questo punto sia come fattore patoplastico che come contesto da cui può partire la cura. Questo implica che, al di là delle sostanze d'abuso, come nei nostri casi specifici, al di là dei sintomi produttivi, è sulla persona *in primis* che non bisogna mai smettere di agire, sia come individui che come mondo.

3) la dicotomia *ideativo/affettivo*, di matrice kraepeliniana, è scarsamente sostenibile, ormai, negli stati paranoidi, per una serie di motivi. Recuperando la tematica della *Stimmung* (intonazione affettiva) cara alla psichiatria romantica tedesca, essi tendono a situare l'origine del delirio paranoide più in un'esperienza *pre-verbale*, fortemente impregnata da un sentire teso, e al tempo stesso vago, che nella scansione di una logica intessuta di falsi sillogismi. In quest'ottica (Dalle Luche, 2009) la paranoia, più che un disturbo del pensiero logico *sensu strictiori*, si caratterizzerebbe per essere un'esperienza totalizzante e

fortemente impregnata di suggestioni, intuizioni, sensazioni, impressioni, credenze, fedi e quant'altro (da idea falsata della realtà a falsa idea o pseudoidea o, addirittura, "non-pensiero"). Da non sottovalutare, a questo proposito, l'aspetto del contenuto dell'esperienza paranoide, che è un contenuto fortemente impregnato di affettività e di passionalità, come nel delirio di gelosia o di angoscia, o come nel delirio persecutorio o di veneficio. Da qui l'accento posto in terapia sugli elementi patici più che cognitivi.

4) la dicotomia *dubbio/certezza*. Anche questo aspetto è fortemente suggestivo di ambiguità. Laddove, infatti, nella paranoia, paradossalmente, proprio la struttura del dubbio diventa matrice della certezza, al tempo stesso accade che la dimensione della sospettosità non si esaurisce mai, altrimenti si esaurirebbe l'ontogenesi stessa della paranoia. È come se, in un certo senso, il dubbio e la certezza si autoalimentassero in un circuito ripetitivo ma perennemente insaturo, che proprio per questo sembra lasciare più di qualche spazio all'intervento terapeutico. In particolare l'area semantica della *perplessità* (Callieri, 1990) diventa una zona di sosta fondamentale all'uscita dal delirio. Una zona vulnerabile, certo, ma che deve diventare sostenibile, grazie alla relazione terapeutica, per evitare la tentazione interpretativa.

5) la dicotomia *reversibile/irreversibile*. Date le attuali possibilità di trattamento, si apre una prospettiva diversa, anche rispetto al trattamento di situazioni cliniche apparentemente drammatiche, ma che, se ricondotte al loro alveo di origine, si mostrano caratterizzate da una sorta di "gravità" a tempo, nel senso che come brevemente si sono innescate e sono insorte, così altrettanto brevemente si ridimensionano e rientrano. Questo porrebbe ancora un discrimine tra le esperienze psicotiche che maturano in un contesto di alterazione grave della personalità e quelle di tipo processuale. Ma impone di andare a rivedere tutto ciò che forse troppo frettolosamente si è rubricato come processuale, poiché si tende a considerarlo non ulteriormente rimaneggiabile e modificabile.

6) La dicotomia *destrutturazione/conservazione* dell'io. Si è sempre asserito che la differenza della psicosi paranoica con la schizofrenia paranoide consiste nella relativa conservazione della struttura dell'io nella prima *versus* la frammentazione dell'io tipica della seconda. Va detto, a questo punto, che probabilmente l'esperienza paranoide, proprio coagulando la soggettività contro l'ostilità degli altri e del mondo, diventa un elemento coesivo e frenante, quindi centripeto,

rispetto alle rimanenti forze centrifughe che disperdono il campo nella frantumazione schizofrenica.

Questi pazienti ci danno la possibilità di pensare che, contrariamente a quanto asserito dall'impostazione nosografica di matrice anglosassone, la paranoia non è affatto caratterizzata da una sintomatologia discreta e lineare, che si può quantificare o categorizzare, né tantomeno collocare senza margini di perplessità nella sfera di pertinenza ideativa o del pensiero.

I dati raccolti con l'FBF, e il *visioning* clinico e la valutazione dell'esperienza paranoide con l'addizionale complessità dell'abuso di sostanze stupefacenti, consentono di aprire decisamente la paranoia alla dimensione heideggeriana e binswangeriana del *mondo*.

Pertanto, più che di paranoia, si deve parlare di *esperienza* o di *mondo paranoide*, nei quali il soggetto vive uno stato modificato di coscienza, e di conseguenza esperienze percettive e ideative alterate, che rimangono, cionondimeno, largamente interrogabili dalla psicopatologia fenomenologica e, soprattutto *modificabili*, psicoterapeuticamente (Barison, 1992), nel senso di una riapertura a quella che Blankenburg (1991) ha magistralmente definito prospettività[58] (*Perspektivität*), andata in pezzi con l'avvento del delirio.

Questo deve porci la questione, anche e, forse, soprattutto, etica (cfr. Dalle Luche), della completa *rifondazione* del trattamento dei pazienti gravi nei servizi pubblici su basi psicopatologiche[59] e fenomenologiche come *condicio sine qua non* dei percorsi riabilitativi e di cura.

Di qui in avanti la strada, grazie all'immenso lavoro dei clinici pionieri che ci hanno preceduto, soprattutto sullo sfondo dell'analisi del

[58] «La prospettività costituisce, in sostanza, la nostra possibilità fondamentale di prendere posizione nel mondo con la consapevolezza dell'esistenza di un numero illimitato di visioni alternative alla nostra. Ecco che acquista senso il prendere possesso attivamente e spontaneamente delle prospettive mutevoli in modo da conservare una distanza non solo dagli oggetti, ma anche da se stessi. La libertà di scegliere un mondo è così vincolata alla causalità delle prospettive sotto cui la realtà si presenta al soggetto e al trascendimento costante della realtà del soggetto stesso. Il delirio, invece, si costituisce proprio a partire dall'incapacità di tollerare questa ambiguità di fondo della percezione: la contraddizione tra immanenza e trascendenza, come ben evidenzia Merleau Ponty nel 1946» (Quaranta).

[59] «L'indagine psicopatologica resta l'unico (l'ultimo) strumento per definire i rapporti tra persona e malattia e dircene qualcosa, l'unico modo per non praticare e agire (anche in senso psicodinamico) una psichiatria volutamente cieca rispetto ai più diversi livelli della realtà, con l'alibi della ateoreticità e della neutralità» (Dalle Luche).

*Dasein* come è stata concettualizzata da Binswanger e da Blankenburg (1992), è completamente aperta.

Ed è tutta in salita.

Ma questa rimane, allo stato delle cose, una delle vie praticabili e possibili verso la libertà e la vita, sul sinistro crinale che vede, dall'altra parte, la dipendenza come destino e la demenza come orizzonte.

E questo sarebbe veramente grave, e triste, dopo tutte le conquiste dolorosamente e gioiosamente fatte sul terreno smottante delle esperienze psicotiche, per troppo tempo fissate allo stigma della processualità incomprensibile, irreversibile e indeformabile.

## BIBLIOGRAFIA


Ballerini A.: *La paranoia sensitiva*, in Cardamone G., Dalle Luche R. (a cura di): *La paranoia, psichiatria e antropologia*, pp. 77-86. 2009 (Op. cit.)

… : *Patologia di un eremitaggio. Uno studio sull'autismo schizofrenico*. Boringhieri, Torino, 2002

… : *Dal caso clinico all'approccio terapeutico*. Figline Valdarno, IX Corso di Psicopatologia Fenomenologica, giugno 2009 (inedito)

Ballerini A., Rossi Monti M.: *La vergogna e il delirio. Un modello delle sindromi paranoidee*. Bollati Boringhieri, Torino, 1990

Barison F.: *Nuove considerazioni sul Praecoxgefuehl*. PSICH. GEN. ETÀ EVOL., 1963, 1: 1-7

… : *Benedetti e la sfida esistenziale della psicoterapia*. COMPRENDRE, 1994, 7: 143- 150

… : *Expériences de "psychothérapie" dans une psychiatrie inspirée de Heidegger*. COMPRENDRE, 1992, 6: 9-18

Benedetti G.: *Der Geisteskranke als Mitmensch*. Vandenhoeck § Ruprecht, Göttingen, 1976

… : *La psicoterapia come sfida esistenziale*. Cortina, Milano, 1997

Bini L., Bazzi T.: *Trattato di psichiatria*. Masson, Milano, 1974

Binswanger L.: *Grundformen und Erkenntnis Menschliche Daseins* (1942). Reinhardt, München, 1962

Blankenburg W.: *Der Verlust der Natürlichen Selbstverständlichkeit*. Enke, Stuttgart, 1971

… : *Wahn und Perspektivität*. Enke, Stuttgart, 1991. Tr. it. parziale di V. Quaranta: *Prospettività e delirio*. COMPRENDRE, 2005, 15: 7-32

… : *La psicoterapia degli schizofrenici come ambito di convergenza psicoanalitico-daseinsanalitica*. COMPRENDRE, 1992, 6:19-28

Bovi A.: *Wohnungswechsel und Geisteskrankheiten*. NERVENARZT, 1967, XXXVIII: 251-256

Callieri B.: *Perplexity. Psychopathological and phenomenological notes*, in *Analecta Husserliana*, vol. VII: *The human being in action* (a cura di A.J. Tuminiecka). Dordrecht, 1978

… : *Il piano interpersonale dell'incontro*. COMPRENDRE, 1998, 8: 25-35

… : *La perplessità. Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*, 137-149. Ediz. Univ. Romane, Roma, 2001

Callieri B., Maci C.: *Paranoia. Passione e ragione*. Anicia, Roma, 2008

Calvi L.: *Il piano eidetico dell'incontro*. COMPRENDRE, 1998, 8: 37-46

… : *Il tempo dell'altro significato. Esercizi fenomenologici d'uno psichiatra*. Mimesis, Milano, 2005

… : *Il consumo del corpo. Esercizi fenomenologici d'uno psichiatra sulla carne, il sesso, la morte*. Mimesis, Milano, 2007

Cardamone G., Dalle Luche R.: *La paranoia, psichiatria e antropologia*. ETS Pisa, 2009

Cargnello D.: *Alterità e alienità*. Feltrinelli, Milano, 1966

Ciompi L.: *Affektlogik*. Klett, Stuttgart, 1982

Dalle Luche R.: *Il piano etico dell'incontro*. COMPRENDRE, 1998, 8: 47-60

De Clérambault G.: *Psychoses d'automatisme et syndrome d'automatisme*. ANN. MÉD.-PSYCHOL., 1927, 4: 50-63

Del Pistoia L.: *Il giardino delle statue di sale*. Pacini Fazzi, Lucca, 1997

… : *Per capire la psicopatologia fenomenologica*. COMPRENDRE, 2008, 16/18: 158-177

Di Petta G.: *Il mondo tossicomane: fenomenologia e psicopatologia*. F. Angeli, Milano, 2004

… : *Gruppoanalisi dell'esserci: tossicomania e terapia dell'esperienza condivisa*. Franco Angeli, Milano, 2009

… : *Nella terra di nessuno. Doppia diagnosi e presa in carico integrata: l'approccio fenomenologico*. Ed. Univ. Romane, Roma, 2009

Galimberti U.: *Dizionario di psicologia*. UTET, Torino, 1992

Gozzetti G.: *Il piano psicoterapeutico dell'incontro*. COMPRENDRE, 1998, 8: 61-69

… : *Le psicosi deliranti croniche*, in Cardamone G., Dalle Luche R. (a cura di): *La paranoia, psichiatria e antropologia*, pp. 89-95. 2009 (Op. cit.)

Gross G., Huber G., Klosterkötter J., Linz M.: *Scala di Bonn per la valutazione dei Sintomi di Base (BSABS)*, ed. it. a cura di C. Maggini e R. Dalle Luche. ETS, Pisa, 1992

Heidegger M.: *Essere e tempo* (1927). UTET, Torino, 1969

Huber G.: *Psychiatrie. Systematischer Lehertext für Studenten und Ärzte*. Schattauer, Stuttgard, New York, 1981

Husserl E.: *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica* (1936). Einaudi, Torino, 1965

Grossman D.: *La mia notte tra i giovani drogati che provano a ritrovare se stessi*. La Repubblica, 11-06-09

Janzarik W., *Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft*. Enke, Stuttgart, 1979

Jaspers K.: *Psicopatologia generale* (1913). Il Pensiero scientifico editore, Roma, 1964

Klosterkötter J.: *Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie*. Springer, Berlin, 1988

Koehler K.: *First Rank Symptoms of Schezophrenia. Question Concerning Clinical Boundaries* (1979), in Kerr A., Snaith P. (a cura di): *Contemporary Issues in Schizophrenia*. Gaskel, London, 1986; Heidelberg-New York, 1988

Kierkegaard S.: *Diario*. Bur-Rizzoli, Milano, 1996

Kraepelin E.: *Lehrbuch der Psychiatrie*. Barth, Leipzig, 1913

Kraus A.: *The significance of empathy for the diagnosis of schizophrenia and melancholia*. COMPRENDRE, 2004, 14: 79-85

Kretschmer E.: *Der Sensitive Beziehungswahn* (1918). Springer, Berlin, 1954

Laing R.D.: *L'io diviso* (1960). Einaudi, Torino, 1969

Lévinas E.: *Totalità e infinito* (1961). Jaca Book, Milano, 1990

Marcel G.: *Homo viator* (1944). Borla, Roma, 1980

Masullo A.: *Paticità e indifferenza*. il melangolo, Genova, 2005

Minkowski E.: *Traité de psychopathologie*. Gallimard, Paris, 1966

Muscatello C.F., Scudellari P.: *Paranoia e Dintorni*. COMPRENDRE, 1999, 9: 37-44

Olievenstein C.: *Le destin du toxicomane*. Fayard, Paris, 1984

Piro S.: *Antropologia trasformazionale. Il destino umano e il legame agli orizzonti subentranti del tempo*. Angeli, Milano, 1993

… : *Diadromica. Epistemologia paradossale transitoria delle scienze dette umane*. Idelson, Napoli, 2001

Quaranta V.: *Introduzione e nota alla traduzione italiana*, in Blankenburg W.: *Prospettività e delirio*. COMPRENDRE, 2005, 15: 7-10

Rossi Monti M.: *Psicoanalisi e psicopatologia. Controtransfert e sentimento precoce di schizofrenia*. COMPRENDRE, 2008, 16/18: 325-345

Rossi Monti M., Stanghellini G.: *Psychopathology: an edgeless razor?* COMPR. PSYCHIATRY, 1996, 3: 196-204

… : *Psicopatologia della Schizofrenia. Prospettive metodologiche e cliniche*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999

Ruemke H.C.: *Das Kernsymptom der Schizophrenie und das "Praecox Gefühl"*. ZENTR. GES. NEUROL. PSYCHIAT., 1942, 102: 168-174

Serieux P., Capgras J.: *Les Folies Raisonnantes et le Délire d'Interprétation*. Alcan, Paris, 1909

Scheler M.: *Gesammelte Werke*. Francke, Bern-München, 1950

Schneider K.: *Psicopatologia clinica* (1950). Città Nuova, Roma, 1983

Sonnemann U.: *Existence and therapy. An introduction to Phenomenological Psychology and Existential Analysis*. Grune & Stratton, New York, 1954

… : *Negative Anthropologie. Vorstudien zur Sabotage des Schicksals*. Reinbek 1969. Frankfurt a.M., 1981 (2 Aufl.)

Stanghellini G., Ballerini A.: *Ossessione e rivelazione*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992

Stanghellini G. *et al.*: *FBF. Questionario dei Sintomi-Base*. Manuale, OS, Firenze, 1991

Straus E.: *Psychologie des menschlichen Welt, Gesammelte Schriften von E.S.* Springer, Berlin-Goettingen-Heidelberg, 1930

… : *Vom Sinne der Sinne* (1935). Springer, Berlin-Goettingen-Heidelberg, 1956

Süllwold L.: *Basisstörungen: Instabilität von Hirnfunktionen*, in Böker W., Brenner H.D. (a cura di): *Bewältigung der Schizophrenie*. Huber, Bern-Stuttgard-Toronto, 1986

Tatossian A.: *La Phénoménologie des psychoses*. Masson, Paris, 1979

Weizsaecker von V.: *Pathosophie*. Vandenhoeck § Ruprecht, Goettingen, 1956

Zambrano M.: *Delirio e destino* (1952). Raffaello Cortina, Milano, 2005

Zutt J.: *Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie*. Springer, Berlin, 1963

UO Speciale di Comorbilità Psichiatrica
Dipartimento Dipendenze ASL Napoli 2 Nord
Centro Diurno Giano
Via Libero Bovio, 1
I-80020 Casavatore (Na)

# PERSONALITÀ PARANOICALE E *MOBBING*: PSICOPATOLOGIA DI UN FENOMENO ALLA MODA

G. DI PIAZZA

Negli ultimi decenni abbiamo assistito alla fioritura di numerose pubblicazioni (articoli, libri) e all'apertura di un vivace dibattito intorno al fenomeno del *mobbing*: ho l'impressione che tale termine tenda a divenire (se non lo è già) una parola *passepartout* che, impropriamente utilizzata e abusata (come il termine di stress, esaurimento nervoso, sindrome ansioso-depressiva), rischia di svuotarsi di senso favorendo, intorno ad un fenomeno così complesso, generalizzazioni apparentemente chiarificanti ma in realtà disorientanti, con conseguenti fraintendimenti diagnostici e terapeutici.

Intendo esaminare alcuni elementi del fenomeno *mobbing* mettendo in luce quali siano i vissuti della persona che percepisce ostilità in ambito lavorativo e quale possa essere la richiesta di aiuto formulata e le sue caratteristiche. Nell'addentrarmi in questo campo non farò ricorso ad un modello di comprensione di tipo psicologico o sociologico[1] e,

[1] Quando ci si addentra nello studio del fenomeno *mobbing*, viene molto da pensare intorno ai cambiamenti avvenuti a partire dalla rivoluzione industriale ad oggi per quanto riguarda non soltanto i ritmi di lavoro, quanto la progressiva "disumanizzazione" dello stesso: il lavoratore perde lo statuto di soggetto pensante dotato di sentimenti per divenire strumento, anodino e impersonale oggetto di profitto. La stessa definizione dell'ufficio del personale presso le nostre aziende sanitarie con la dizione di Ufficio Risorse Umane potrebbe indurci a riflettere su come medici, infermieri, educatori siano all'interno di un'amministrazione aziendale non più "persone", uomini e donne in carne e ossa (con sentimenti e stati d'animo), quanto delle "risorse", delle "proprietà", degli esseri cosificati al pari di un armadio o un sacco di patate...

senza alcuna pretesa di esaustività, sorvolerò su alcuni aspetti (ad esempio quale funzione possa avere una "strategia" di *mobbing* nell'assetto aziendale, l'ipotesi di una matrice sadica alla base di tali comportamenti, ecc.). Prendendo spunto da alcune situazioni cliniche e da suggestioni ricavate da rappresentazioni cinematografiche (ad es. il film di Francesca Comencini *Mi piace lavorare - Mobbing*[2]), cercherò piuttosto di soffermarmi sul particolare stile relazionale che la persona soggetta a *mobbing* istaura con gli altri e, in particolare, con lo psichiatra.

## I. IL TARTASSATO/TORMENTATO

All'uso del termine inglese *mobbing* – letteralmente "assalire", "aggredire" – i francesi preferiscono il termine "*harcèlement*", dal verbo *harceler* che significa l'assillare, il non dare tregua, a sua volta derivato da *herser* ovvero colpire[3].

Come potremmo tradurre in italiano questo termine inglese? Forse con "maltrattato": tuttavia in italiano questa parola induce già una presa di posizione, in quanto indica *in primis* che una persona è "trattata male" e poi che questa azione è subìta, imposta.

Nel tentativo di escludere una posizione di parte, un giudizio di valore, già espresso dal suffisso "mal-trattata", la persona che incorre nel *mobbing* potrebbe essere definita in italiano con "tartassato" che, per quanto possa apparire termine popolare, è di immediata suggestione. Forse, meglio ancora potrebbe suonare la definizione di "tormentato" in quanto più neutra rispetto al dipolo attività-passività: in effetti il "tormento" rimanda a qualche cosa di interiore, rimane neutro rispetto alla genesi di tale tormento (sia esso frutto di fattori emotivo-affettivi interni oppure di fattori/eventi esterni).

Il temine inglese è stato usato dapprima in etologia ed è interessante constatare come il tartassato/tormentato faccia spesso riferimento al mondo animale quando presenta la propria condizione: metaforicamente, si definisce una "preda" braccata da un "branco" di "belve inferocite", "un agnello" in un ambiente in cui prevalgono i "lupi".

Come un animale accerchiato da predatori, sciacalli, iene, che di volta in volta allungano le zampe per saggiare le capacità difensive

[2] F. Comencini: *Mi piace lavorare (Mobbing)*, 2004, con N. Braschi.

[3] È curioso notare come sia possibile effettuare un collegamento tra il termine "*herser*", colpire, battere e la parola italiana "matto" ovvero "battuto", "colui che è colpito".

della preda ed allo stesso tempo per disorientarla, il tartassato non subisce un'offensiva chiara, manifesta, faccia a faccia, da parte di un unico predatore, ma di solito si trova a che fare con una serie reiterata, molteplice di "micro" aggressioni e assalti apparentemente impersonali, indiretti e le cui finalità rimangono vaghe e incognite. Il tartassato/tormentato non ha la fortuna di confrontarsi di persona con un avversario con cui dare vita ad una lotta corpo a corpo, ma percepisce un'anonima e vaga ostilità da parte di istituzioni/aziende impersonate da individui dai sentimenti imperscrutabili. Il carnefice rimane spesso nell'ombra e senza volto.

## II. Sulla scia dei vissuti

Venire in contatto con i vissuti del tartassato-tormentato aiuta a riscoprire quanto la matrice affettiva possa alimentare l'esperienza paranoica tradizionalmente ridotta a un delirio «lucido, coerente, ben sistematizzato, verosimile» (Del Pistoia, 2008).

In effetti, in psicopatologia il successo della nosografia kraepeliniana che *sic et simpliciter* fa della paranoia un "errore del giudizio" ha portato a mettere in ombra la lettura francese della paranoia da una parte come costituzione personologica e dall'altra i passionali di de Clérambault, che ci ricordano come gli affetti non siano semplice sfondo della scena, ma la trama stessa del dramma paranoico.

Tatossian (1996) rammenta come il delirio paranoico articolato sotto forma d'interpretazione «non è che il modo di manifestarsi e anche di giustificare un vissuto immediatamente convincente (Lacan), scelto dal delirante che ne è ancora capace».

Ritornando al *mobbing*, vediamo quali possano essere i vissuti della persona che lo subisce:

1) *Spaesamento* – Il tartassato/tormentato coglie una serie di piccoli dettagli (una mancata risposta al saluto di buongiorno; una mimica del volto da cui evince ostilità) come qualcosa sia cambiato nell'ambiente lavorativo, inducendo uno stato d'animo di "spaesamento": qualcosa è cambiato, ma in modo quasi impercettibile e silenzioso. Anche la nitidezza e l'immediatezza nei rapporti interpersonali si sono offuscate e ci si sente all'interno di un ambiente in cui predomina una "mancanza di chiarezza".

2) *Isolamento* – Il dialogo non è più possibile in quanto l'Alter ego appare sordo alle ragioni del tartassato/tormentato: le sue parole cadono nel vuoto o, peggio ancora, sono oggetto di scherno da parte di colleghi

e superiori. I tentativi di ottenere spiegazioni falliscono e le risposte ottenute sono trancianti e sbrigative.

3) *Umiliazione* – Privato del proprio ufficio o fosse anche semplicemente della propria scrivania, soggetto a una brusca riduzione dei compiti lavorativi (demansionamento), il tartassato/tormentato si sente come un peso morto all'interno di un'organizzazione efficiente e vivace, dove vige un ritmo di cui si ha l'impressione di non riuscire più a reggere il passo. Non ci si sente più vitali.

4) *Vergogna* – Spesso ridimensionato nell'usuale funzione lavorativa, non vengono più proposti compiti e mansioni al tartassato/tormentato che, costretto a rimanere con le mani tra le mani, prova vergogna per il "non fare nulla" all'interno di un'azienda dove tutti corrono oberati di lavoro.

5) *Sopraffazione* – Il senso di sopraffazione difficilmente porta il tartassato/tormentato a passare all'azione, manifestando ad esempio la propria rabbia nei confronti delle persone che hanno un comportamento vessatorio nei suoi confronti: prevale un'attitudine astenica e di ritiro dal contraddittorio conflittuale. Si fanno strada la demoralizzazione e il senso d'impotenza.

## III. Storia clinica: Lucio

Lucio si presenta al colloquio e il suo *incipit* prende avvio dal giorno in cui è stata cambiata la sua mansione sul posto di lavoro: da un ufficio amministrativo di un'azienda sanitaria toscana all'ufficio relazioni con il pubblico. Ricorda come, dopo alcune settimane nel nuovo ambiente lavorativo, i colleghi abbiano iniziato a «scaricarmi il lavoro..., loro si allontanano dall'ufficio e io, da solo, me la devo vedere con le persone che si lamentano. Spesso è proprio quando sto per andare via che mi lasciano degli incartamenti da sbrigare… e intanto se la ridono. Sento la responsabilità di portare a termine anche il lavoro degli altri».

«E poi…, sì, lo so che il compito che ho è quello di fare il mio, raccogliere le lamentele delle persone e non di fornire loro delle risposte, ma vai a spiegarglielo che io non ho risposte da dar loro... la gente si incavola ancora di più! Ed io inizio a sudare, mi tremano le mani, sento la testa che mi scoppia».

Lucio è sposato, ha due figli: quando torna a casa si sente così esausto ed "esaurito" che non riesce più ad occuparsi dei figli come prima.

È su suggerimento della moglie che, dopo due mesi, si è rivolto al direttore del personale richiedendo il trasferimento ad altra mansione, ma le settimane passano e la sua richiesta rimane ancora senza risposta.

Nel corso del colloquio Lucio manifesta la propria irritazione nell'immaginare come la sua richiesta di trasferimento, quelle righe così sofferte con cui si espone dichiarando il proprio disagio nel lavorare presso l'ufficio relazioni con il pubblico, giacciano su una scrivania: è come se le vedesse abbandonate tra mille e più altre lettere, delibere, protocolli. Semplicemente abbandonate, senza alcuna cura, neppure prese in considerazione per essere cestinate. Anche il proverbio *verba volant, scripta manent* sembra cedere il passo di fronte all'incuranza di un direttore amministrativo delle nostre ASL...

Dopo cinque incontri (è già trascorso circa un mese e mezzo dal primo colloquio), arriva il giorno della consegna del certificato. Ricevuto il certificato Lucio mi dà l'impressione, dalla postura, di un'immediata riduzione della tensione, abbozza un sorriso, sembra quasi più spigliato: mi dice che lo produrrà il giorno stesso all'ufficio del personale. Prima di andare via Lucio mi dice: «In ogni modo, vada come vada, ho pensato che, al di là del certificato, vorrei proseguire i colloqui con lei. Infatti se non mi cambiano mansione, sarò ancora più in crisi e, anche se me la dovessero cambiare, sono arrivato ad un livello di "paranoia" che avrò comunque bisogno di lei…».

## IV. SPAZIALITÀ

Il mondo vissuto in cui si muove il tartassato/tormentato appare segnato da due aspetti caratteristici: la non nitidezza e il carattere angusto.

*Non nitidezza* – Si tratta di un mondo immerso nella penombra, incolore, dai toni grigi. Il mondo circostante, l'ambiente lavorativo in particolare, è in qualche modo cambiato: qualcosa è cambiato, ma *che cosa* e *come* sia cambiato non è facilmente individuabile.

Come quando in una mattina d'autunno la nebbia nasconde l'abituale paesaggio scomparso sotto la coltre nebbiosa da cui emergono e si stagliano soltanto alcuni elementi (alberi, tetti, aloni di luce) abitualmente ai nostri occhi passati sotto silenzio, adesso il tartassato in questa coltre coglie (o si aggrappa a) degli elementi insoliti, nuovi, forse indizi che si sta tramando ai suoi danni. Si assiste ad un «dissolvimento dello sfondo con l'emersione di figure tutte in primo piano» (Callieri, Castellani, De Vincentiis).

*Angustia/ristrettezza* – Al lavoro il tartassato/tormentato sente di muoversi in uno spazio angusto, senza vie d'uscita, senza finestre: percepisce di essere "compresso", "costretto", soffocato. In merito alle "reazioni pre-paranoiche", Minkowski scriveva che «si prova una specie di contrazione interiore, ci si sente presi come in una morsa, il

mondo si restringe». Di questo vissuto di soffocamento va tenuto conto in occasione del colloquio con persone diffidenti, per evitare che, ritrovandosi all'interno di una stanza per il colloquio con le porte chiuse, si possano sentire "prese in trappola" e, indotte ad una posizione di difesa ancora maggiore, evitino il colloquio dandosi alla fuga o aggrediscano l'interlocutore.

La mancanza di nitidezza ed il vissuto di ristrettezza, conduce il tartassato/tormentato in un mondo in cui «lo spazio esterno si anima di minacce, di volti, di voci, di gesti, di ombre, di intenzioni aggressive e ostili. Debbo difendermi, rinserrarmi, rifugiarmi» (Callieri, 2007).

## V. La relazione (terapeutica) con la persona soggetta a *mobbing*

Quando all'interno di un colloquio emerge come tema il *mobbing*, l'assetto terapeutico si modifica in quanto:

1) ci viene richiesto non un aiuto per risolvere un disagio personale quanto un certificato che comprovi lo stato dei fatti (certificazione medica);
2) più o meno esplicitamente ci viene fatta richiesta, con il certificato, di prendere posizione (colludere o collidere?);
3) quando lo redigiamo possiamo essere indotti a cercar di distinguere se ciò che viene riferito sia vero o falso (vero o falso?);
4) si apre la diatriba sull'azione determinante della pressione lavorativa sul malessere psichico.

1) *La certificazione* – Callieri, Castellani e De Vincentiis articolavano l'intervento medico in quattro momenti: anamnestico, diagnostico, terapeutico e prognostico. Il tartassato sembra aggiungerne un altro, quello "consensuale-certificativo".

In effetti in occasione del colloquio con la persona soggetta a *mobbing* si ha da subito l'impressione che sia modificato il "*primum movens*" dell'incontro medico-paziente: da «un'invocazione preminente all'ausilio» si passerebbe ad «esigere una formulazione prognostica, da utilizzare a scopi diversi da quelli terapeutici» (Callieri, Castellani, De Vincentiis). In effetti dobbiamo ricordare come «diverse motivazioni […] possano fomentare nel malato un incontro con il medico allo scopo di strumentalizzare comunque la condizione morbosa, quand'anche non di simularla» (*ibid.*).

Tatossian (1989) ricorda che, come il melanconico ritiene l'intervento della figura medica "inutile", così il paranoico lo considera fuori luogo, inappropriato, non confacente ai propri bisogni: lo psichiatra viene riconosciuto non nella funzione di curatore, riparatore, quanto nella sua veste di "autorità pubblica" che certifichi, testimoni nero su bianco i vergognosi soprusi subiti. Anche il tartassato/tormentato fa il più delle volte appello al medico non come persona che possa offrirgli cure e sollievo, ma come persona "utile per" redigere un certificato, come strumento per ottenere un risarcimento, manifestando una particolare attrazione e predilezione per il documento scritto.

In ogni modo, il foglio di carta, "il certificato" può essere visto anche come tramite per recuperare un rapporto con il mondo e quindi la richiesta della certificazione, apparentemente soltanto strumentale, può rappresentare il primo tentativo del tartassato/tormentato per prendere atto, in modo mediato e "accettabile", del proprio malessere.

A differenza degli "altri" colloqui con i pazienti in cui l'origine "psy-" (psicologico, emotivo, relazionale) del malessere viene ad essere esaltata, di fronte alle richieste di certificazione per cause lavorative lo psichiatra cerca spesso appiglio nella semeiotica medica affinché segni e sintomi possano essere verificati in modo inequivocabile: lo psichiatra richiede quindi una valutazione dei valori pressori e del ritmo cardiaco, domanda se si siano verificate modificazioni del sonno (dall'insonnia agli incubi), se è in corso un dimagrimento, se la digestione è divenuta più difficile, se si verifica pirosi gastrica, se sono comparse dermatiti e quant'altro. Per quale motivo si assiste a questa ricerca di sostegno nella semiologia medica? C'è forse un rapporto tra questa affannosa ricerca e il bisogno di una legittimazione della diagnosi in psichiatria attraverso una modificazione tangibile, visibile del soma?

2) *Colludere o collidere?* – Ho l'impressione che ogni qual volta ci imbattiamo in una persona con spunti, vissuti "para" (dal paranoicale al francamente paranoico) siamo indotti a giostrarci tra due istanze: o colludere o collidere. Nel primo caso potremmo essere così comprensivi da accogliere le proteste del paranoico fino al punto da mettere da parte la (mitica) neutralità del terapeuta e scendere in campo in difesa della persona sottoposta a *mobbing*.

In effetti – come ricorda Tatossian (1996) – quello paranoico è un «delirio realista, un delirio agito nella realtà» che sprona alla (nostra) reazione: siamo allora indotti a prendere una posizione rispetto alle esperienze descritte e il tentativo di rimanere ad una certa distanza dal vissuto del paziente, senza esprimere pareri pro o contro quanto ci viene riportato, viene ad essere percepito dal paranoico come una più o

meno velata ostilità. Non è sufficiente essere "soci" neutrali, bisogna essere complici, altrimenti non si può essere altro che nemici.

3) *Vero o falso?* – Lo psichiatra può essere tentato dalla ricerca di elementi che comprovino la verità o meno delle informazioni ricevute intorno ad una situazione di *mobbing* lavorativo, ma, se ci lasciamo trasportare, nel corso del colloquio, dalla verifica se effettivamente, realmente, ci sia un maltrattamento, un tartassamento, ovvero che ci troviamo di fronte una vittima che ci parla delle nefandezze del/dei persecutore/i, credo che gli saremmo di poco aiuto: proporrei quindi di non indugiare nella verifica vero o falso, quanto piuttosto soffermarsi nell'ascolto di quanto viene comunicato, esplicitando al tormentato/tartassato come, oltre ad una verità ricevuta come una sorta d'illuminazione da contemplare, sia possibile considerare la verità come frutto di uno «sforzo di produzione, faticoso e oneroso, in cui il vero non è altro che il prodotto di questo lavoro» (Lantéri-Laura, 1981) a due tra psichiatra e paranoico. Nelle fasi di risoluzione dal delirio anche l'istanza imperiosa di ricerca della verità del paranoico tende a passare in secondo piano: Minkowski, descrivendo la risoluzione delle forme preparanoiche, indica che nel momento della guarigione «l'essenziale non è tanto il fatto che ritorniamo a vivere nel vero, ma che la morsa si disserri e, liberati da essa, riprendiamo il contatto con la vita».

4) *Causalismo* – La persona che ritiene di subire *mobbing* spesso rivendica come il maltrattamento subìto in ambito lavorativo sia l'unico fattore determinante la comparsa del malessere psichico. Nonostante lo psichiatra possa proporre innumerevoli domande, il passato del tartassato/tormentato viene presentato tanto povero di eventi antecedenti alle malversazioni in ambito lavorativo da dare l'impressione di una biografia anodina che acquista corposità e movimento soltanto dopo l'evento/chiave[4].

[4] In proposito Henri Ey mette in guardia dal tentativo di ricondurre a fattori ambientali l'origine del malessere psichico ricorrendo ad un causalismo semplicistico e riduttivo: «[…] Per quanto possano essere importanti questi fattori ambientali (la configurazione sociale dei disturbi mentali, la loro inclusione in una struttura familiare o uno sviluppo "storico" di avvenimenti) la nostra osservazione clinica, e l'ipotesi che ne consegue, ci proibiscono di vedere nelle difficoltà, nei "maladattamenti" alla vita sociale, delle cause di disturbo che ci sembrino preesisterle, seguirle o meglio ancora condizionarle. […] C'è nel disturbo mentale per noi qualcosa di più profondo che queste variazioni di comportamento che articolano o disarticolano le "funzioni della vita di relazione" alla superficie del nostro essere. È caratteristico del disturbo mentale in effetti disadattare l'individuo nel gruppo. Questo disadattamento dipende dal disturbo, non lo determina».

Nella sua tesi di specializzazione *Studio fenomenologico di un caso di schizofrenia paranoide*, Tatossian scrive che «la nozione di reazione implica che il fatto oggettivo esterno, l'"avvenimento", abbia funzione di causa scatenante per il comportamento "reattivo": senza l'avvenimento, la reazione non sarebbe accaduta». Tale definizione di reazione ci pone di fronte ad un modello interpretativo che riduce la persona e i suoi sentimenti ad un organismo psicofisico soltanto un po' più sofisticato e complesso rispetto al movimento degli ingranaggi di un orologio.

## VI. Conclusioni

In ambito clinico l'atteggiamento fenomenologico può essere di aiuto a conservare, sviluppare, esercitare una coscienza critica intorno al fenomeno (in questo caso, il *mobbing*), facendone cogliere la complessità e mettendo in guardia rispetto a conclusioni affrettate, favorendo «una speciale apertura all'esperienza personale» (Calvi).

Nell'analisi delle modalità di comparsa e di manifestazione di vissuti paranoicali scaturiti in situazioni di *mobbing* ho appositamente messo tra parentesi l'esigenza di incasellamento nosografico di queste forme all'interno dei sistemi nosografici attuali, per evitare di scivolare nella tendenza alla «crescente "patologizzazione" del comportamento quotidiano» (Kutchins e Kirk). Nonostante alcuni aspetti in comune avvicinino la persona soggetta a *mobbing* al delirio paranoico (spazialità, ricorso al medico come "mezzo utile per", ecc.), nella prima assistiamo al saldo mantenimento della continuità biografica. In effetti Lucio mantiene il senso della continuità della propria biografia e, anche se preoccupato per le vicende lavorative, rimane un padre di famiglia premuroso nei confronti dei figli e della moglie. La progressiva dissoluzione della fiducia e familiarità in ambito lavorativo non fa quindi sentire Lucio in un vicolo cieco senza alcuna alternativa.

Nel delirio paranoico, di converso, osserviamo una radicale distorsione e alienazione biografica (Lantéri-Laura, 1987) ovvero un «blocco, un pesticcio sul posto della storicizzazione biografica» (Tatossian, 1996). Nel mondo paranoico si verifica il prevalere di una stabile «tematizzazione dell'esistenza a vantaggio di un unico tema: la riparazione del torto subìto, la preservazione della salute corporea, la dimostrazione dell'infedeltà del coniuge» (*ibid.*).

Tenendo presente come la biografia sia riformulata e assoggettata al vissuto delirante, l'esistenza paranoica appare allora contrassegnata da un "non poter essere altrimenti", che trova espressione nelle parole di

un paranoico che – in occasione di un recente colloquio – manifestava con disperazione l'ineluttabilità della propria condizione di vita, affermando in modo accorato di «essere come un treno sopra ad un binario della ferrovia. O percorro il binario senza alcun minimo cambiamento di direzione, oppure deraglio! Non ho nessuna possibilità di decisione…».

Minkowski riconosce come le reazioni preparanoiche, alle quali potremmo ricondurre il disagio della persona soggetta a *mobbing*, «hanno effettivamente qualcosa in comune con il mondo paranoico, con la differenza però che sono reazioni destinate a durare solo per un certo tempo» e, come un temporale estivo, a lasciare il tempo che trovano.

Possiamo quindi pensare che le modalità paranoicali che trovano espressività in alcune persone tormentate/tartassate ricordano quelle forme di «reazioni paranoicali banali, più psicopatiche che psicotiche, possibili nelle persone paranoiche ma in verità anche in ogni essere umano» (Tatossian, 1996).

Inoltre, l'atteggiamento del tartassato/tormentato è prevalentemente di tipo astenico: il suo è un soffrire in silenzio, un chiudersi al mondo circostante, un subire passivo i soprusi subìti, mentre è ben nota la combattività e l'istanza rivendicativa del paranoico.

*Sono dell'idea che queste riflessioni intorno al fenomeno* mobbing *possano darci indicazioni sulle modalità con cui entrare in relazione con persone con vissuti paranoicali.*

La certificazione, per quanto anodina possa essere, permette a Lucio una "*accréditation sociale*", "un riconoscimento sociale" (Del Pistoia, 2005) che ri-apre e facilita la ritessitura di una dimensione relazionale dialogica. Inoltre, la necessità di ottenere la certificazione porta Lucio a confrontarsi con una persona, uno psichiatra in carne ed ossa disponibile ad ascoltarlo, e non più con una sorda e impersonale istituzione.

Al di là della certificazione, il presentarsi ai colloqui stabiliti rappresenta di per se stesso un "atto parlante" (Sassolas) che esprime l'esigenza da parte del paziente di esser ascoltato. È proprio nel corso degli incontri che è possibile aiutare la persona con vissuti paranoicali a passare dall'esigenza di essere ascoltati, espressa il più delle volte sotto forma di monologo, ad un'apertura al dialogo, in cui le parole pronunciate si intrecciano con intervalli di silenzio che favoriscono l'ascolto e la partecipazione.

Nell'immaginario collettivo lo psichiatra viene tratteggiato in due versioni apparentemente contrapposte: quella del medico dotato della valigetta con le "straordinarie" iniezioni che sedano e trasformano i leoni in agnellini e quella dell'ipnotizzatore tramite le parole.

L'azione prodigiosa, quasi magica, delle parole dello psichiatra nello sciogliere anche le situazioni più drammatiche, viene ricordata da Kretschmer nel suo celeberrimo testo sulle personalità sensitive: «[…] il suo stato è rimasto stazionario ancora per nove giorni. Non abbiamo rintracciato, malgrado osservazioni e minuziose ricerche, né allucinazioni, né illusioni. Poi, tutto questo stato minacciante cambia bruscamente. Il malato inizia a parlare di una o l'altra delle sue rappresentazioni deliranti; per lo meno, comincia a discuterne; l'umore collerico si riduce; tre o quattro giorni più tardi il malato manifesta una coscienza completa della propria malattia […]».

Non so se il parlare («Facci una chiaccherata», secondo l'invito canzonatorio di alcuni nostri colleghi in occasione della richiesta di consulenze) sia il nostro compito principale e se, insieme all'ascolto delle parole del paziente, sia di per se stesso terapeutico: in ogni modo la persona che abbiamo di fronte nel momento in cui si rende disponibile per il colloquio manifesta un gesto di fiducia, fiducia non tanto di ascoltare le nostre "chiacchiere", quanto fiducia che noi ci troviamo nella disposizione d'animo di ascoltare le sue.

Sta allora a noi non tradire questa fiducia, offerta dal paranoico spesso *sotto* e *tra* le righe di un dialogo appena iniziato.

## BIBLIOGRAFIA

Callieri B.: *La prospettiva fenomenologica come presupposto all'incontro psicoterapeutico*. INFORMAZIONE PSICOTERAPIA COUNSELLING FENOMENOLOGIA, 2003, 1: 6-11

… : *Corpo, esistenze, mondi. Per una psicopatologia fenomenologica*, a cura di Gilberto Di Petta. Edizioni Universitarie Romane, 2007

Callieri B., Castellani A. e De Vincentiis G.: *Lineamenti di una psicopatologia fenomenologica*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1972; ristampa a cura di Callieri B., Di Petta G. e Maldonato M., Guida, Napoli, 1999

Calvi L.: *Un invito alla visione eidetica*, ne *Il tempo dell'altro significato. Esercizi fenomenologici di uno psichiatra*, pp. 39-45. Mimesis, Milano, 2005

Del Pistoia L.: *L'expérience du corps vécu dans la paranoïa*. EVOL. PSYCHIATR., 2005, 70: 232-332

… : *Storia del concetto di Paranoia: epistemologia, psicopatologia e clinica*, in *Saggi fenomenologici. Psicopatologia, clinica, epistemologia*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2008

Ey H.: *La position de la psychiatrie dans le cadre des sciences médicales. La notion de "maladie mentale"*, in *Etudes psychiatriques*. Desclée de Brouwer, Paris, 1948-1954

Kretschmer E.: *Paranoïa et sensibilité. Contribution au problème de la paranoïa et à la théorie du caractère*. PUF, Paris, 1963

Kutchins H. e Kirk S.A.: *Making us crazy*. The Free Press, New York, 1997. Tr. it. di C. Giampà Cavaggioni, a cura di C. Colombo: *Ci fanno passare per matti. DSM: la bibbia della psichiatria e la creazione dei disturbi mentali*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2003

Lantéri-Laura G.: *La verità in psichiatria e la verità nella psicoanalisi*, in Verdiglione A.: *La verità*. Feltrinelli, Milano, 1972

… : *L'alienazione biografica nei deliri cronici* (1987), in *Sapere, fare, saper-fare in psichiatria: psicopatologia, clinica ed epistemologia*. Fioriti, Roma, 2007

Minkowski E.: *Traité de psychopathologie*. PUF, Paris, 1966. Tr. it.: *Trattato di psicopatologia*. Feltrinelli, Milano, 1973

Sassolas M.: *La psychose à rebrousse-poil*. Erès, Ramonville Saint-Agne, 1997. Tr. it.: *Terapia delle psicosi. La funzione curante in psichiatria*. Borla, Roma, 2001

Tatossian A.: *Etude phénoménologique d'un cas de schizophrénie paranoïde* (1957), in *Psychiatrie phénoménologique*. Laboratoires Lundbeck, Etim, Paris, 1997

Tatossian A.: *La plainte*. PSYCHOLOGIE MEDICALE, 1989, 21: 283-285. Tr. it.: *Il lamento*. PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA, 2001, vol. 38, fasc. I

… : *L'interprétation paranoïaque*. L'ART DU COMPRENDRE, 1996, 5-6: 192-197. Tr. it.: *L'interpretazione paranoica*. PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA, 2001, vol. 38, fasc. I

Dr. Giampaolo Di Piazza
Via del Porrione, 54
I-53100 Siena

*Testo presentato il 15 Giugno 2007 al VII Corso Residenziale di Psicopatologia Fenomenologica di Figline Valdarno (Fi)*

# PSICOPATOLOGIA E *ZEITGEIST*. L'ESPERIENZA DEL PANICO

E. FERRARI

Nei confronti della psicopatologia si possono avere, certamente, diversi sguardi possibili. Tra questi, vorremmo in questa sede privilegiare lo sguardo che consente di mettere in relazione la psicopatologia con la cultura del tempo. Prestando un'attenzione privilegiata al mondo giovanile postmoderno, crocevia paradigmatico del rapporto tra natura e cultura, attraversato spesso drammaticamente dall'esperienza del panico.

Tale sguardo sembra supportare l'ipotesi che esista una relazione tra psicopatologia e *Zeitgeist*. Vale a dire che la psico-patologia non possa prescindere dalla cultura, da quelle direzioni di senso, esplicite ed implicite, collettivamente condivise in una determinata epoca storica. Che ne sia in qualche modo condizionata. Che non sia, dunque, immutabile. Che non possa essere intesa come mero difetto inscritto nella natura o imposto dalla natura. Che la psico-patologia sia, invece, parola del tempo in cui viene pronunciata. Che del proprio tempo esprima, nel suo essere risvolto psico-logico delle forme di sofferenza di cui si occupa la clinica, le dominanti valoriali come anche le subordinate controvaloriali. Quelle che Jung annovererebbe nella nozione di "ombra".

La complessità della psicopatologia, dunque luogo privilegiato di conoscenza dell'individuo e della cultura del tempo in cui egli vive, è ciò che ha fatto sostenere a Jung l'esistenza di un "*inconscio spirito del tempo*" (1957), come anche del riflettersi nel nevrotico dei "*temi del tempo*" di fronte a cui l'esperienza psicopatologica rappresenterebbe un "*fallito tentativo di risoluzione*" (1943).

E l'esperienza del panico, oggi particolarmente diffusa nella fascia d'età giovanile ma non solo, sembra essere paradigmatica di questa complessità, specialmente in ordine al tema del tempo, del male e della vita emozionale nelle loro declinazioni contemporanee.

Più che alla crisi acuta, sulla quale si incentra la psichiatria clinica dei recenti DSM (2001) che la codificano come "Attacco di panico" all'interno del più esteso "Disturbo di panico", vorremmo puntare l'attenzione sulle coordinate psicologiche del paziente che vive una tale esperienza critica. Nel senso che riteniamo esista un terreno preparatorio alla crisi e che questa lasci successivamente delle tracce visibili sul terreno dove essa è divampata.

Se la crisi acuta di panico rappresenta una modalità primigenia dell'esperire umano (archetipica, potremmo anche dire con il linguaggio di Jung), dove regna la "fusionalità pulsionale" (utilizzando invece in questo caso un linguaggio di matrice freudiana), dove angoscia, desiderio ed eccitamento non sono separabili (Hillman), le coordinate psichiche del soggetto che patisce il panico sono invece più rappresentative per il nostro discorso in quanto stabiliscono un nesso significativo con la cultura contemporanea.

## I. Brani di una storia clinica

Marcello, ventitre anni, da un paio d'anni non ha più crisi acute di ansia o di panico. Queste si erano manifestate dapprima ripetutamente durante dei risvegli notturni; successivamente si era verificata la vera grande crisi presso il parcheggio di un'autogrill, nella sosta durante un viaggio in auto che, per la prima volta, faceva da solo.

> *Da quella volta in autogrill la mia vita non è più stata la stessa. Quando devo affrontare una situazione nuova sto sempre male, sono teso, non riesco ad essere tranquillo. Non si può vivere così… Quello che per gli altri è naturale per me non lo è! Devo sempre far fatica, impormi le cose… Anche uscire la sera con gli amici spesso mi riesce difficile, perché ho paura di star male: penso di svenire oppure, se bevo qualcosa, che mi possa venire un infarto o un ictus…*
>
> *Io per star bene dovrei sapere che tutte queste cose non esistono; dovrei esser certo che non mi arrivi nulla di malvagio o di cattivo! Non riesco, spontaneamente, a pensare che possa capitare qualcosa di bello e di entusiasmante. È sempre il peggio che domina i miei pensieri…*

*Quando poi so di dover incontrare qualche persona nuova, magari sul lavoro, i giorni prima sto male perché cerco di prevedere quello che potrà capitare: il mio cervello è sempre in funzione. Non riesco a lasciarmi andare, a vivere le cose senza doverci pensare prima, a fidarmi del mio futuro…!*

## II. IL TEMPO DELL'ATTESA

Che cosa caratterizza nuclearmente l'esperienza del tempo soggettivo in quella situazione di vita che la pratica clinica definisce come Disturbo di panico? Il futuro rivissuto come "*minaccia*", secondo la felice espressione degli autori francesi Benasayag e Schmit, sembra esserne l'elemento centrale.

Quella visione del futuro che, nell'implicito dell'odierno senso comune, esita nel cinismo della in-differenza, negli individui con Disturbo di panico esita invece nell'*attesa* che sconfina nell'*ansia*. Termine che consideriamo, sulla scia dei lavori di E. Borgna (1997), nella sua equivalenza semantica con quello di *angoscia*.

Nelle fasi successive alla crisi acuta il tempo vissuto, quello soggettivo che non coincide con il tempo oggettivo dell'orologio, più che dalla dimensione del presente fine a se stesso è dunque caratterizzato dalla dimensione dell'attesa, spasmodica, del futuro. Non invece, per rifarci alla riflessione per tanti versi insuperata di E. Minkowski, dalla dimensione dell'*attività*.

L'avvenire è cioè vissuto per il suo "venire verso di noi" (questa è la sostanza psicologica del sentimento dell'attesa) e non per il nostro tendervi e per il nostro costruirlo (che è, invece, la peculiarità psicologica del sentimento di attività). In questa asimmetria, l'avvenire giunge a manifestarsi con un'incombenza passivizzante che ha il carattere dell'immediatezza, di fronte a cui l'attesa inevitabilmente si fa ansia. Vale a dire, diventa inquietudine *in*-determinata, che non consente pacificazioni rassicuranti e che, nello smarrimento che comporta, comunica uno stato d'allarme che trascina con sé una generale iperattivazione, senza però consentire una direzione di fuga. E, in un'atmosfera in cui il logos non riesce a produrre certezze, è la lingua primaria del corpo ad essere parlata, nei termini della irrequietezza e della tensione muscolare, della velocizzazione del cuore e dell'incertezza del respiro.

Intendiamo dunque dire che l'attesa, dimensione peculiare e costitutiva della condizione umana, si fa psicologicamente *in*-contenibile e *in*-tollerabile proprio quando non viene stemperata dal sentimento di attività.

Là dunque dove si vive, dove è psicologicamente possibile vivere e contenere l'inevitabile tormento del conflitto tra attesa e attività, senza che l'Io si collassi, l'ansia, che questo conflitto fisiologicamente accompagna, non si fa sintomo clinico ma diventa esperienza emotiva segnalatrice dell'inevitabile enigmaticità del futuro. Viceversa, là dove questo conflitto non è sostenibile perché il sentimento di attività (condizione emotiva che precede ogni declinarsi concreto dell'attività stessa) è flebile o inesistente, l'intensità dell'ansia è tale da spezzare la continuità del vivere e da non consentire il disteso rapportarsi alle cose del mondo.

Si realizzano allora parabole esistenziali in cui l'attesa, unilateralmente vissuta a scapito dell'attività, entra in scacco. E vi entra, riteniamo, per la perdita della categoria della *fiducia*, una sorta di spontanea credibilità del futuro la quale, sola, consentirebbe di far vivere la *e*-ventualità come risorsa. E di far vivere l'ansia stessa, primitivamente correlata all'attesa, come esperienza costitutiva di senso. Fiducia che, antropologicamente, motiva la *speranza*, che qui risulta invece essere amputata. Come scrive E. Borgna (2005, pp. 51 e 52), rifacendosi alle essenziali riflessioni di Minkowski:

> *Liberati dalla morsa dell'avvenire immediato, che l'attesa ha in sé, noi viviamo nella speranza un avvenire più ampio, più lontano, più ricco di promesse che non nell'attesa; e la infinitudine dell'avvenire si dischiude davanti a noi.*

La sproporzione attesa-attività, tipica del paziente che vive o ha vissuto l'esperienza del panico, è l'elemento che indica lo stato d'impotenza dell'Io: ritratto, da un lato, della più generale cultura dell'immediatezza e della frammentarietà della durata e, dall'altro, del pessimismo culturale sulle possibilità dell'uomo del terzo millennio di poter determinare il futuro. Fine delle "magnifiche sorti progressive" e spietata rivelazione dell'ombra (in senso junghiano) della potenza della Tecnica, rappresentata dal vissuto dell'impotenza individuale.

## III. Il tempo dell'anticipo

Il futuro non è pertanto assente nel Disturbo di panico ma, per la verità, in un clima psicologico (non difformemente da quello culturale) d'incapacità a vivere il senso dell'ansia, non rimane, o disperatamente si cerca di far sì che non rimanga, un futuro consumato soltanto nell'attesa.

Così questi pazienti, nel tentativo di liberarsi dalla morsa dell'attesa che impietosamente si fa ansia, quasi ossessivamente, rendono presente il futuro nell'*anticipo*, che vorrebbe depotenziare emotivamente lo stato di attesa. Senza però comportare quella che per Heidegger era la prerogativa dell'anticipo stesso come proprietà del presente, e cioè la *decisione*, intesa come apertura nella direzione del farsi carico del tempo futuro.

È proprio la riflessione heideggeriana quella che più ha analiticamente descritto il fenomeno temporale dell'anticipo. Ed è ad essa che vogliamo rifarci, pur rimanendo nelle regioni del ragionamento psicologico e psicopatologico, e nonostante la profondità del linguaggio heideggeriano sia spesso a rischio di oscurità.

In questo senso diremo che l'anticipo vissuto nell'esperienza clinica del panico non è l'*anticipazione* che Heidegger ha tematizzato di fronte all'"essere-per-la-morte". Quest'ultima è piena assunzione della libertà dell'esserci nell'apertura alla sua "possibilità estrema", cioè al futuro nella sua valenza più radicale che è per l'appunto la possibilità del morire.

A differenza del Disturbo di panico, dove l'anticipo vorrebbe ridimensionare la portata emotiva dell'ansia (o angoscia), l'anticipazione di cui parla Heidegger è accompagnata dall'affetto dell'angoscia (o ansia). Angoscia che non è per questo o quell'oggetto, ma per il nulla che è la morte. Per cui l'anticipazione diventa possibilità, pienamente personale, dell'autenticità dell'esserci e liberazione dall'inautenticità impersonale, o inautenticità del *Si-stesso*.

Non così nel Disturbo di panico, dove l'anticipo è un ossessivo prefigurare il domani minaccioso, nel tentativo di spogliarlo di quel carattere di indeterminatezza che lo dota dell'attendibilità ansiosa, la quale alligna proprio dove manca la determinazione oggettuale.

L'anticipo nel Disturbo di panico è, in buona sostanza, il tentativo di rendere noto l'ignoto, di oggettivare l'*e*-ventualità non conosciuta. È, in fondo, il tentativo inconsapevole di trasformare l'ansia *in*-determinata in paura *de*-terminata. Quest'ultima, a differenza dell'ansia, è dotata di confini, vede l'oggetto che inquieta e permette di allestire la fuga. Che nel disturbo di panico, quasi sempre, si concretizza nell'evitamento di situazioni o persone.

Per cui spesso si vive, accanto al tempo dell'anticipo, il tempo del *rinvio*, che evita il *mettersi all'opera* fino a quando non lo pretenda l'incombenza della *necessità*, di quello stato di costrizione che è antitetico alla libertà.

Il rinvio è appunto connesso alla paura, quando questa entra in scena per placare l'angoscia. È, per esempio, il caso emblematico dello studente che, terminati gli esami universitari, non riesce a scrivere la tesi

di laurea. O dell'adolescente che, occasione dopo occasione, rinvia a un domani simbolico una vacanza con gli amici. Segno dell'incapacità a "stare" di fronte all'*ad*-venire nella modalità della libertà. Più esattamente, della *libertà ansiosa*.

Rispetto all'anticipazione heideggeriana qui non si rimane dunque nell'ansia (o si fa di tutto per non rimanervi), in linea con una cultura che non tollera l'ignoto (interno ed esterno) ma si accanisce per *s*-velarlo e dominarlo. Anche ricorrendo a condotte o tecniche di dipendenza, spesso cercate dai soggetti che soffrono il panico ma anche propagandate da tante proposte terapeutiche. Del resto non viviamo più la stagione in cui la libertà può farsi struggente e disposta a tutto. Viviamo più la stagione della ricerca della sicurezza, che non sempre è conciliabile con la libertà, almeno nella sua versione più radicale.

Anche la morte (tra le più ricorrenti rappresentazioni anticipatorie dei soggetti che patiscono il panico) è forzatamente ricondotta all'oggettualità, rendendo possibile la paura-della-morte più ancora che l'angoscia-della-morte. Grazie, soprattutto, alle categorie medico-scientifiche (il paradigma oggi imperante nell'esplorare il ben più vasto "arcipelago delle emozioni", come lo ha chiamato E. Borgna) che riducono la morte ad accadimento nominabile e spiegabile. Nella pretesa, che ci sembra tuttavia illusoria, di renderla temibile ma non angosciosa.

E se di fronte alla morte è la paura e non l'angoscia a caratterizzare l'affettività di queste storie di vita, la conseguenza è, lo ripetiamo, la difesa mediante la fuga dal futuro che unilateralmente incombe come minaccia.

Questa riflessione sull'anticipo ci consente un'altra amplificazione di senso, questa volta sollecitata dalla mitologia. L'esperienza dell'anticipo non può non farci ripensare alla figura di Prometeo, colui che *"vede in anticipo"*. Alla sua decretazione della fine dell'era del mito, dell'era in cui le forze cosmiche sovrastavano e al contempo "significavano" la vita dell'uomo. Alla spinta all'anticipo che in un certo senso ha inaugurato l'antropocentrismo occidentale, impedendo la rassegnazione e aprendo al tempo *pro*-gressivo (*pro-grădi*, letteralmente: camminare in avanti) che è il tempo della storia e non più del mito. Il tempo in cui il fuoco della tecnica vuol essere più potente del fulmine del cielo.

Ora, in un momento culmine della storia occidentale, in cui la Tecnica sembra garantire il controllo sulla natura, la diffusione dell'esperienza del panico e la peculiarità con cui in essa è vissuto l'anticipo, forniscono nuove indicazioni sull'ombra nascosta ma presente di questo ardimentoso processo che ha caratterizzato la terra del tramonto. Perché l'anticipo sperimentato nel Disturbo di panico, se da

un lato sembra rappresentare la radicalizzazione del tentativo di controllo sulle forze cosmiche, dall'altro non volge al *pro*-gresso e alla capacità di decisione. Ma, al contrario, alla stasi.

Non è forse questo il segnale che, senza un autentico confronto con le forze cosmiche, non c'è nemmeno energia per la storia?

Ma, tornando alla riflessione psicopatologica, aggiungiamo ancora che l'ansia, antropologicamente costitutiva e quindi mai interamente sopprimibile, può riproporsi proprio là dove non si intravede una via di fuga dallo stato di paura. Fuga cercata non solo rispetto al contenuto estremo della morte, ma anche ai più improblematici contenuti della vita quotidiana, come può essere un incontro, un impegno, o il doversi recare in una località non familiare.

Così l'ansia (o angoscia), alternata alla paura, si riaffaccia anche al di fuori delle crisi, ogni qualvolta gli oggetti della paura si fanno sfuggenti e non controllabili. E il futuro – l'avvenire – continua dunque ad essere vissuto, oltre che nell'anticipo, anche nella dimensione dell'attesa allo stato più puro.

Nel disperato tentativo di evitare tutto ciò, in questi soggetti si affaccia costantemente il bisogno della calma, della sosta, della quiete intesa come *a*-conflittualità. Si assiste allo scacco della libertà come possibilità, dunque della *pro*-gettualità. Non vi è, in buona sostanza, *iniziazione*. Perché non c'è il farsi carico dell'angoscia che è sentita come intollerabile; della possibilità come possibilità, che solo nell'incertezza può essere esistenzialmente esplorata.

Dicevamo della fiducia che manca. Soprattutto la fiducia in se stessi, del poter stare nel divenire senza *s*-venire (una delle paure più diffuse nel Disturbo di panico), senza perdere *con*-sistenza, che etimologicamente allude al possedere un fondamento. Il tempo vissuto non è il tempo del *Kairòs*, il tempo "opportuno" che chiama alla decisione; è piuttosto il tempo di *Chronos* che, come nel mito, malignamente inghiotte il nuovo perché ne ha paura. Da cui la visione "saturnina" del paziente che ha vissuto il panico, formalmente differente però, come diremo meglio più avanti, dalla strutturazione depressiva.

In un'epoca in cui sembra prevalere nella coscienza collettiva una sorta di cinismo culturale nei confronti di un futuro che non suscita fiducia, il Disturbo di panico ne svela l'ombra. Vale a dire quel diffuso senso d'inquietudine che sembra più veritiero e coerente stante il senso odierno di minacciosità del futuro stesso. Un futuro apocalittico, ma non più nel significato cui si alludeva nel pieno del XX secolo, quando gli scenari politico-militari facevano temere potenziali distruttività planetarie. Bensì nel significato, ancor più radicale, del dissolvimento delle stesse basi antropologiche del vivere comune ed individuale.

Come se i sintomi del Disturbo di panico, assunti nel loro valore simbolico, comunicassero la non scontata praticabilità del futuro non soltanto come categoria storica ma anche come categoria psicologica. Ma, egualmente, la non scontata praticabilità del presente stesso quale improblematico godimento che sarebbe reso possibile dal non dover ulteriorizzare lo sguardo temporale. Come se fosse illusorio disabitare interamente il futuro. Là dove lo si pretende, le esperienze dell'anticipo e dell'attesa lo rendono ancor più incombente.

## IV. L'ANGOSCIA E LA PAURA

Nel Disturbo di panico possiamo qualificare come "angoscia" (sempre dal punto di vista clinico) l'affettività della crisi acuta, dove si manifesta l'*il*-limitatezza del possibile nello spaesamento dell'Io, disarcionato dalla furia *in*-contenibile delle emozioni che, private di finalizzazione, rendono impossibile il ritmo della coscienza.

È una situazione che l'io non sa, non riesce a vivere sotto il profilo della libertà. Perché la morte che si profila, nell'assenza di una piena presenza coscienziale, non è, non può essere, la possibilità estrema di cui farsi carico (questa è, forse, la netta demarcazione rispetto alla riflessione ontologica di Heidegger), ma diventa il deragliamento della possibilità stessa in quanto tale. In linea, gettando lo sguardo sullo Spirito del tempo, con la rimozione della morte operata dalla società contemporanea in quanto evento *in*-controllabile e totalmente destituito di senso.

Forse, tuttavia, ciò che temerariamente possiamo ritenere condividano l'angoscia della crisi di panico e l'angoscia esistenziale tematizzata dal pensiero heideggeriano, è il carattere di primordialità e fondamentalità dell'affetto, non le sue implicazioni di senso. Intendiamo dire che nello spaesamento coscienziale della crisi di panico come nello smarrimento delle certezze mondane dell'"essere-per-la-morte", si rivela la limitatezza dell'Io quale dimensione soggettiva della coscienza. L'angoscia è data dall'irrompere della perdita della stabilità improblematica dell'Io di fronte al mondo. E in questo senso è esperienza sovraindividuale.

Dopo la crisi acuta, quando l'io si riprende, entra in scena la paura, tratto costante dopo la crisi ma per la verità già presente prima della crisi stessa. La polarizzazione della paura può essere più sul registro psichico: paura d'impazzire oppure di avere una mente ovattata, non in grado di essere presente sintonicamente ed adeguatamente alla vita. Oppure più sul registro somatico: paura di avere un infarto, o un ictus… in

genere incidenti cardiocircolatori che abbiano il carattere di repentinità, fino alla cosiddetta morte improvvisa.

Lo "stato di paura" di chi ha vissuto l'esperienza del panico a noi sembra – come già abbiamo ipotizzato – una sorta di protezione dall'angoscia: uno stare al di qua della libertà del possibile. Chi ha vissuto la crisi angosciosa del panico, ora ha paura della "possibilità" che l'angoscia faccia ritorno, preferendo il restringimento degli orizzonti della libertà (declinato anche in un concreto inaridimento dei dinamismi vitali) all'affacciarsi im-prevedidibile del mondo del possibile.

Perché, tornando alla complessa ma illuminante riflessione heideggeriana (tr. it., pp. 228 e 229),

> *il davanti-a-che dell'angoscia è il mondo come tale…* [*In esso*] *si rivela il nulla e in nessun luogo…* [*ma*] *l'angoscia porta l'Esserci innanzi al suo esser-libero-per…*

Mentre invece (*ivi*, p. 174)

> *il davanti-a-che della paura, ciò che fa paura, è sempre un ente che si incontra nel mondo.*

Certo, assumiamo queste parole consapevoli della fuoriuscita dalla loro significazione filosofica, ma ci sembra egualmente irrinunciabile farvi riferimento per descrivere la parabola psicologica di chi vive l'esperienza del panico. E per descrivere l'intolleranza "culturale" per esperienze emozionali private di controllo oggettuale.

Paura e ansia (angoscia), pur formalmente differenti sul piano della significazione (la presenza o meno di un oggetto determinato nell'intenzionalità emotiva) e non concomitanti sul piano dell'esperienza soggettiva, non sono del resto dinamicamente autoescludentisi. Ci può pertanto essere uno stato di paura-con-oggetto che subentra all'angoscia, ma sul quale può altrettanto innestarsi di nuovo l'angoscia.

Come a significare che l'oggetto intenzionato dalla paura rinvia pur sempre ad una dimensione ancor più indecifrabile ed inconoscibile. Per certi versi non familiare o, forse, semplicemente rimossa ma profondamente pertinente la nostra condizione umana. Come lascerebbe anche intendere la riflessione sul "*perturbante*" di Freud (1919), nella sua accezione di non familiare o non abituale (*un-heimlich*), non restringibile alla significazione sessuale.

Forse, proprio perché ogni paura cela il sentire estremo del morire. Una sorta di in-quietudine strutturale dell'e-sistere che sembra ancor

meglio contestualizzare emotivamente il fenomeno prima descritto dell'attesa-anticipo rispetto ad un futuro sentito come minaccia. Se pertanto la paura blocca e invita alla fuga (evitamento) come nell'agorafobia o nella fobia sociale, l'angoscia inquieta, tormenta e paralizza.

La morte, nei soggetti che vivono il panico come più in generale nell'uomo contemporaneo, è drammaticamente rappresentata nella mera singolarità, privata di una simbologia collettiva che ne comunichi una possibile sensatezza. La paura è paura della "mia" morte (come della "mia" perdita di controllo), condizione emotiva che non è sentita come "vissuto interiore" (*Erlebnis*) *me*-appartenente ma come "accadimento esteriore" (*Geschehnis*) *me*-invadente (Binswanger).

Per cui, anche là dove vi è presenza coscienziale (come nei periodi al di fuori della crisi acuta di panico), non avviene il farsi carico nella libertà di quella che Heidegger definiva la possibilità estrema dell'esserci.

La paura qui diventa allora indicativa tanto dello scacco postmoderno dell'autenticità heideggeriana (espressione, tutto sommato, di un'antropologia della fiducia), quanto dello scacco dell'anonimato del "Si", illusorio antidoto a quell'angoscia connessa all'autenticità dell'esserci.

## V. La primarietà del male

Nel Disturbo di panico sembra esserci, al fondo, l'impossibilità dell'accettazione della possibilità del male; impossibilità che sempre comporta il vivere sì il presente, ma come presente chiuso. In assenza di una più libera e consapevole attesa che solo nel farsi carico del limite, della caducità, della fine, può trovare un contenimento emotivo che non eluda l'ansia ma nemmeno la subisca come esperienza scompaginante. E, in questo modo, possa consentire la conservazione dell'apertura al *pro*-getto.

L'individuo che patisce il panico non accetta la possibilità del soffrire, figura emblematica dello spirito del nostro tempo che proprio di fronte all'esperienza della sofferenza e, più radicalmente, della morte entra in scacco.

Il bene non comporta qui la lotta contro il male, vale a dire l'istanza eroica. Il bene è identificato con l'assenza del male: una *privatio mali* che fa da controcanto alla *privatio boni* cui tanta attenzione pose Jung (1948) stesso nella sua riflessione critico psicologica sul cristianesimo storico. Emblematica l'espressione di Marcello, dopo due anni in cui gli

attacchi acuti di panico sono assenti: *«potrei star bene se sentissi che non esiste nulla di cattivo!»*.

Vissuta come entità cosmica in-controllabile, l'esperienza del male è tutt'uno con il senso di minaccia del futuro che incombe. Il male non è sentito nascere dall'interno o appartenere al soggetto, ma come potenza che vi si insinua e, ineludibilmente, ne comporta lo *spezzettamento* della continuità dell'esistere. Una sorta di entità straniera che invaderà il proprio territorio impedendo la quiete, intesa solo come improblematica assenza dello straniero. Una condizione, quest'ultima, non di possibile confronto con il male, ma collocata "al di qua" del male.

Il male insomma, nella "filosofia" del Disturbo di panico, non ci appartiene, ma prescinde dalla nostra storia e dalla nostra personalità. Arriva dentro di noi, ma non siamo noi.

Non c'è mai una identificazione così piena con il male, come avviene invece nella malinconia dove è sostenuta dal sentimento di colpa (*«sono io responsabile di… sono io il male!»*). Il male è qualcosa che "capita" devastando, che arriva da un altrove e modifica l'Io. Non c'è identificazione ma neanche la possibilità di prenderne le distanze, perché nucleare è l'impotenza dell'Io. È una porzione scissa, diremmo in linguaggio analitico. Come scissa è l'esperienza stessa del panico. Anche in questo si vede l'ombra contropolare della potenza della tecnica, ribaltata nell'impotenza individuale: le sensazioni sgradevoli "devono" sparire, la paura non deve esistere, ma è come se queste non possano essere azioni dipendenti dalla responsabilità del soggetto.

In queste affermazioni, al di là delle semplificazioni della clinica odierna che spesso assimila diverse forme psicopatologiche sulla base delle risposte farmacologiche comuni (che andrebbero per altro meglio puntualizzate, nel senso del filtro emozionale che vanno a produrre, più che dello scioglimento dei nuclei di fondo delle patologie), ci pare siano contenute anche le radicali differenze con l'esperienza depressiva. Nell'esperienza del panico il male è vissuto come "smarrimento", "insensatezza", perché *in*-sensati sono il dolore, l'emozione negativa, il negativo "sentito". Il bene è per l'appunto *privatio mali*. Il male esiste, ma andrebbe cancellato: unica via per poter-vivere-bene.

Centrale è dunque il male, il bene è la sua assenza. Non è il bene forte, progettuale, il bene-meta, il bene-realizzazione, o il bene-origine. È il bene-sosta, o il bene-assenza di incognite, di fatiche, di responsabilità.

Nella depressione è il contrario: il male è perdita di un bene *nost*-algicamente *de*-siderato, luogo di rivelazione del bene-che-manca. Il desiderio è per l'appunto nostalgia, doloroso (*algos*, dolore) ritorno (*nostos*) all'inizio. Nella depressione è il bene l'entità centrale, ineluttabilmente perduta, per cui il male incombe ma come *privatio*

*boni*. Il depresso vive, e rivive (perché stiamo parlando della rinarrazione post critica), l'ineluttabilità di un'esistenza che comporta il negativo, inteso come assenza o perdita. Capita a volte, infatti, che il paziente depresso, dopo le fasi più oscure, ammetta che la crisi abbia s-velato qualcosa di "utile". Perché il bene perduto s-vela l'essenzialità del bene stesso: è un bene ricco di contenuti etici e di appelli morali. Ciò che dà ragione della presenza del sentimento della colpa accanto a quello della perdita, poiché del male è l'uomo che deve rispondere, assumendosi la colpevole responsabilità (da *respondere*).

In questo senso l'esperienza della depressione comporta un dolore ancora più straziante rispetto al panico, perché dove alligna la colpa il co-involgimento è totale, senza che si ritenga legittimo l'allestimento di difese psicologiche. Ma, paradossalmente, la depressione è meno in balìa del male, trovandone la radice nell'uomo stesso e non, come nel panico, in un altrove estraneo.

Mentre nel paziente depresso il tema del tempo e del male si intrecciano, dunque, a disegnare una trama temporale interrotta che è essenza stessa del male, nel paziente con panico la crisi è vissuta come pezzo scisso e insensato, perché il bene è qui una dimensione vuota, non iniziata e dunque priva di contenuti. È preistoria più che storia smarrita. Dunque non c'è perdita ma mancato inizio: riflesso, tra l'altro, della scomparsa dei riti d'iniziazione, che possono anche essere intesi come avvio alla capacità di elaborare la paura dell'ignoto e del perturbante senza essere inghiottiti dal panico.

Allora anche il sentimento di colpa, quando presente nell'esperienza del panico, non può essere nucleare, non essendoci memoria delle origini. Mentre ha spazio la vergogna, per la difficoltà all'es-porsi dato il non inizio all'alterità che, solo, potrebbe favorire la fiducia e la con-fidenza.

In questo senso la categoria del panico (e, più in generale, quella dell'ansia) esprime molto più della depressione l'odierno Spirito del tempo e le sue contraddizioni. La depressione, al contrario, era centrale nell'epoca recente della modernità, periodo in cui era possibile conservare la fiducia nella riparazione dei guasti della civiltà, che aveva imposto il prezzo della perdita dell'innocenza. Epoca, quella moderna, il cui terreno storico ha reso possibile, forse anche necessaria, la nascita della psicanalisi. Il cui sguardo al passato individuale, quello dell'innocente onnipotenza poi contaminata e ridimensionata, è comunque sempre stato funzionale ad un futuro reso possibile dal compromesso riparatorio.

Ma se vale l'ipotesi che oggi si assiste alla costellazione di un elemento materno primordiale (la Tecnica), che non seleziona e non sacri-

fica ma tutto promette e fornisce, allora si comprende la difficoltà a fruire di un'idea di Bene che giustifichi anche un futuro.

Dicono spesso i giovani, con il linguaggio duro e sprezzante che spesso li contraddistingue: *«bisogna essere furbi… solo i furbi vincono!»*. Come se "far proprio" il male, essere essi stessi il male – messa tra parentesi la colpa del male stesso – rappresenti l'unica scommessa per non soccombere. Certo, tanto cinismo improblematico non può che coprire nella realtà la paura di essere fragili e dipendenti da altri, dalla forza di altri. Ma l'appello ad essere "furbi" vuole esprimere la capacità di allontanare gli altri, d'incutere loro timore, di non avere bisogno di calore umano, di aborrire la bellezza. Di essere forti perché malefici, capaci di difesa e soprattutto di offesa. E tutto ciò non può non far pensare che l'elemento materno onnipotente della Tecnica non sa garantire il *ben*-essere emotivo, cioè quell'integrità delle emozioni che non è data esistere senza l'esperienza della frustrazione, la consapevolezza del limite, il riconoscimento del bisogno che si ha dell'altro.

Qui è in gioco il senso stesso della psicoanalisi oggi, del valore da essa attribuito alla riparazione (pensiamo al filone freudiano) e all'integrazione dell'ombra che salva dall'identificazione inconscia con essa (pensiamo al filone junghiano). Ed è in gioco la sua crisi, a favore di psicoterapie non ermeneutiche ma produttrici di aggiustamenti esperienziali, *pre*-scindenti dal senso esperienziale stesso.

Fatto sta che i ragazzi che fanno esperienza del panico, e che sempre più oggi richiedono un aiuto psicologico e a volte farmacologico, non sanno essere "furbi", non sanno identificarsi con il male in qualità di autori. Ne sentono l'inevitabile minaccia unita all'impotenza dell'io di fronte ad esso. Tanto da ipotizzare che solo la scomparsa del male darebbe loro *ben*-essere. Per questo, inconsciamente, *s*-velano il volto di una contemporaneità che rifiuta il confronto con il male, posizionandosi ora sulla pretesa di eliminarlo, ora sulla tentazione di padroneggiarne le direzioni. Ma ne *s*-velano altresì l'ombra di quell'impotenza nascosta dietro all'onnipotenza, che accompagna il rifiuto di tale confronto.

## VI. Un'amplificazione psicologico-analitica

L'insostenibilità dell'ansia nella dimensione *a*-venire dell'attesa, nel senso dell'insostenibilità del non conosciuto o non conoscibile, rimanda a sua volta (all'interno di un discorso che voglia anche rispettare le prerogative di una psicologia del profondo) ad una insostenibilità del rapporto tra coscienza e inconscio.

Sembra insufficiente la chiave di lettura di matrice freudiana che condurrebbe ad interpretare il panico come risposta all'*e*-ventualità sessuale (Freud, 1894), pur essendo questa una condizione ansiogena clinicamente spesso presente nel Disturbo di panico. Fino a rappresentare, nella storia di alcuni adolescenti, l'ossessione della mancata iniziazione alla vita adulta.

Più foriero di aperture sembra invece l'approccio psicologico-analitico junghiano (1913), che porterebbe ad interpretare il panico in relazione all'incontro con l'inconscio, con la novità, con il mistero. L'ignoto, in questa accezione, si fa demoniaco, perché lacera e *s*-compone (*dia-ballein*). L'alterità personale e situazionale risulta essere nefasta.

Intendiamo il rapporto con l'inconscio come rapporto con il sé non consapevolizzato o non consapevolizzabile, ma egualmente avvertito. E, nell'avvertimento della sua presenza, sono possibili o la convivenza (facendosi carico dell'alterità che ci abita), o la proiezione (investendo dei suoi contenuti un'alterità esterna che si vuol disabitare), o la sua neutralizzazione (deinvestendo emotivamente l'avvertimento che se ne ha, mediante la rimozione o la negazione del suo valore).

Ma il non conosciuto del sé non esprime solo il tempo presente, bensì apre anche al futuro, cioè alla possibilità *im*-prevista o *im*-prevedibile: è questa l'inconscietà dell'attesa, disposizione di perentoria apertura al futuro, dimensione di vuoto in via d'ingravidamento di un pieno non già conoscibile. Qui si colloca l'*in*-quietudine coscienziale del Disturbo di panico. La manovra dell'anticipo allora, vista dall'angolatura psicologico-analitica, è tesa ad arginare la portata dell'inconscio mediante la riconduzione ad un presente controllabile dalla paura che, a differenza dell'ansia panica, consente la vigilanza della coscienza. Una sorta di rinuncia all'inconscio nel suo essere foriero di nuove possibilità *a*-venire.

In questo senso l'inconscio, per il soggetto che patisce il panico, è anche luogo del male, di questa entità straniera che non si vorrebbe *e*-sistesse, nel senso del suo "uscir fuori" nella storia.

A questo proposito, un'importanza decisiva nell'approccio all'esperienza del male, sembra averla il rapporto con il dolore nei primi tempi della vita. Ci riferiamo al dolore (prima forma di patimento del male, quando ancora la dimensione contenitiva della coscienza non si è costellata nello scenario psichico del bambino) che si manifesta fisio-logicamente nell'esperienza della fame, della colica addominale, del pianto abbandonico, della dentizione, del trauma accidentale. E ci riferiamo a quelle costellazioni familiari in cui il dolore, inevitabilmente patito con angoscia per il suo carattere di scompaginamento, di

potenza inarrestabile, di oscurità, di sensazione *in*-determinabile dall'immaturità del soggetto, non incontra una figura materna che lo *sol*-levi prendendo su di sé l'angoscia del bambino e *ri*-dimensionandone la portata. Lì il corpo comincia a connotarsi come luogo di minaccia sconvolgente. Quello stesso corpo che, nel Disturbo di panico, diventa scenario mondano dove si annodano gran parte delle paure e gran parte delle insicurezze. Per cui, non avvezzi all'abbandono protettivo e fiducioso, il controllo (mentale) si fa istanza obbligatoria ed obbligante, per non arrischiarsi alla spontaneità del corpo.

Non si intende con questo discorso, che è formalmente su di un registro psicodinamico, ricercare causalisticamente una "spiegazione" (*Erklären*) della psicopatologia adulta del panico. Piuttosto, sulla scia dei racconti anamnestici dei pazienti, comprendere (*verstehen*) il percorso emotivo storico costituitosi all'interno di particolari trame relazionali e che contraddistingue e motiva la strutturazione psicopatologica della vita.

Esperienze come queste, infanzie come queste, si trovano spesso nella storia di vita dei pazienti che patiscono il panico. O, meglio, nella rimemorazione che questi soggetti fanno della propria storia, che è sempre atto interpretativo più che cronachistico, teso alla significazione di una trama biografica che già di per se stessa contiene valenze terapeutiche. Anche se spesso, come diremo più avanti, il paziente con Disturbo di panico fatica a collegare storia personale e disagio psichico attuale.

## VII. Le difese operate dal pensiero

Dopo la crisi di panico, quasi sempre, la funzione psichica del pensiero interviene massicciamente nell'allestire dighe difensive. Nell'anticipo ansioso che, come abbiamo precedentemente argomentato, caratterizza il dopo della crisi acuta di panico, la ruminazione ossessiva cerca di costringere la *pre*-visione, di controllare l'*ad*-venire nel tentativo di arginare l'ignoto.

Il tentativo è in genere destinato all'insuccesso, perché la forza del *di*-venire non si lascia mai interamente imbrigliare nel *pre*-venire. Anzi, più ci si accanisce nel *pre*-vedere, più non si riesce ad *intra*-vedere. E l'ansia cresce.

Scrive a questo proposito Minkowski (tr. it., p. 42):

> [*lo slancio vitale*] *si volge verso terre non soltanto sconosciute ma che appaiono inesistenti alla ragione.*

E lo slancio vitale, in questa accezione che è certo filosofica (di derivazione bergsoniana) ma dalle pregnanti ricadute psicologiche, è fenomeno primitivo, non riducibile ad un atto di volontà.

La considerazione di quelle che, forse un po' genericamente, chiamiamo "difese ossessive", acquista un interesse di rilievo più generale circa il rapporto dialettico tra psicopatologia e cultura.

Ci riferiamo alla configurazione diversa assunta oggi dalla fenomenologia ossessiva, condizionata, più che dallo spettro della colpa (come era più tipico negli anni scorsi), da quello dell'ignoto. Volta forse a proteggere non più dallo sprofondamento melanconico ma dallo smarrimento del panico e, con esso, da ogni esperienza che abbia il carattere della novità e dell'*im*-previsto.

La difesa ossessiva proteggerebbe da quello stato psichico che si vive di fronte all'ignoto, comprendente eccitamento, ansia e desiderio. Evocando D. Meltzer, potremmo anche parlare di paura della bellezza (quanta poca esperienza del bello in questi pazienti!), intesa come incontro con l'interezza del flusso dinamico della vita e non come statica quiete.

D'altra parte quella estenuazione del pensiero che gira su se stesso, come in vortici che non consentono la fuoriuscita, qual è appunto il pensiero ossessivo, ci pare aver sempre una radice emozionale. In questo "cingere d'assedio" che l'etimologia suggerisce (*obsidere*), si rintraccia la "necessità" (che sempre rimanda ad una illibertà) di arginare la potenza di un'emozione.

Così è stato per il sentimento di colpa nell'epoca moderna, così è per l'emozione panica nella postmodernità.

Quella del panico è una crisi che fa da spartiacque, è evento che modifica. In genere, con tanta acuzie, tale evento si verifica una sola volta, ma il problema è l'atmosfera di rottura che essa crea.

Il tempo vissuto, nel suo scorrimento spontaneo, diventa un tempo frenato dal pensiero. Il tempo in cui la ricerca ossessiva della sicurezza si fa impedimento alla navigazione individuativa. A differenza della parabola melanconica, il tempo non è lasciato essere nella ciclicità del bene e del male. Il tempo della parabola panica è il tempo bloccato del non inizio, in cui il pensiero assedia l'esistenza perché non corra il rischio della storia.

## VIII. La primordialità svelata

Il senso della "catastrofe" come "ritorno compensatorio" di un'angoscia primordiale, in un'epoca la cui coscienza collettiva è nutrita dal (falso) convincimento della potenza individuale, era stato già ben descritto da Jung in una profetica intuizione negli anni '30 dello scorso secolo (1934; tr. it., p. 222):

> *L'accentuata tendenza individualistica dell'ultima nostra fase evolutiva ha determinato a sua volta l'inizio di un ritorno compensatorio all'uomo collettivo, la cui autorità è per ora costituita dal peso della massa. Nessuna meraviglia quindi se oggi incombe quasi un senso di catastrofe. L'uomo collettivo minaccia di soffocare l'individuo, quel singolo al cui senso di responsabilità si deve in definitiva ogni realizzazione umana.*

L'uomo collettivo di cui parla Jung è l'uomo che agisce istanze arcaiche inconsce che quasi lo possiedono. Incapace di una loro "umanizzazione", mediante quel contenimento psicologico che consente il passaggio dal collettivo all'individuale, dalla possessione alla libertà.

Sempre nella medesima direzione di significato Jung parla anche, significativamente, di *inconscio spirito del tempo* quale *compensazione* delle prese di posizione della coscienza. L'espressione, meglio di qualsiasi altra, sembra ben cogliere quanto vogliamo qui dire sul senso "culturale" della psicopatologia, luogo-ombra in cui trovano espressione i lati nascosti, trascurati o negati dallo Spirito del tempo nella sua dimensione di consapevolezza.

Il ritorno all'*uomo collettivo*, così come inteso da Jung, sembra dunque manifestarsi proprio nelle esperienze psicopatologiche. Neurotiche in particolare, quelle cioè più plasmabili dallo Spirito del tempo, come nel caso emblematico che qui stiamo considerando del Disturbo di panico. Intendendo, invece, che l'affiorare dell'uomo collettivo nelle psicosi sia un elemento più strutturale, meno soggetto alle variazioni delle dominanti culturali.

In questo senso il panico, esperienza di scompaginamento dell'unità dell'io, scacco del contenimento delle emozioni somaticamente sperimentate (l'angoscia!), è esperienza psicopatologica paradigmatica dell'ombra del tempo presente: il tempo, da un lato, del controllo razionale e della pianificazione tecnica; il tempo, dall'altro, in cui l'angoscia panica e la paura sono diventate fenomeno sociale.

Suggestiva a questo proposito la tesi di J. Hillman – anche se a rischio di irenismo, là dove ne intravede con troppo scarsa problematicità

una positivizzazione comunque – che vede nel panico la possibile rivelazione del "*Dio naturale*", al culmine del percorso occidentale greco-cristiano, che nel potere razionale della Tecnica ha celebrato troppo unilateralmente l'ideale apollineo. In questo senso, la diffusione oggi della psicopatologia del panico o, detta con il linguaggio della mitologia, il costellarsi epocale della figura di Pan, definibile con Nietzsche "*unione di Dio e capro*", segnalerebbe in forma estrema o arcaicizzata il bisogno di un recupero della spontaneità naturale, specie nel campo della vita emozionale.

Per dirla con Orazio: «*naturam expellas furca, tamen usque recurret*».

## IX. La perdita della naturalità

Orlando, un giovane paziente di venticinque anni che soffre di Disturbo di panico, riferisce così una propria esperienza che qualifichiamo come dissociativa, senza che tuttavia possieda la radicalità di frattura tipica delle condizioni psicotiche:

> *Quando parlo con qualcuno mi distacco dall'altro; l'altro è come se passasse in second'ordine… È come se ascoltassi me stesso per controllare come parlo, per valutare se parlo bene o parlo male… Mi sento distante dal mio interlocutore, come se ci fosse della nebbia*.

Sembra di primo acchito paradossale affiancare una riflessione incentrata sul ritorno arcaico delle forze della natura in ambito psicopatologico, ad un'altra in cui invece sembra essere lo scacco dell'armonia con la naturalità esperienziale il problema psichico. Ma è ciò che l'esperienza clinica inequivocabilmente svela, a conferma che là dove non venga vissuta la spontaneità emotiva nel rapporto con se stessi e con gli altri, le emozioni diventano incontenibili.

Il paziente citato descrive una sorta di estraneità dall'altro e la comunicazione, da intersoggettiva, si fa intrasoggettiva. Dalla *inter*-locuzione, linguaggio che si costruisce nella relazionalità Io-altro, si passa alla *intra*-locuzione, che è linguaggio non declinato ma semplicemente esaminato nel suo abilitarsi: luogo di verifica delle capacità dell'Io.

C'è un sentimento di insicurezza alla base di queste esperienze di estraneità: non la radicale frattura del dialogo Io-mondo (la demondanizzazione psicotica) ma l'insicurezza dell'Io nel suo non potersi *naturaliter* radicare nella fiducia in se stesso. In questo caso, nel farsi corpo-che-parla "significando".

È una sorta di scollamento dal fondo della vita, quella che Jung (1921) chiamerebbe disgiunzione dell'Io dal Sé quale "*volume complessivo psichico*" che comprende l'Io e da cui l'Io stesso si origina e attinge senso ed energia. Ciò che induce ad un grande, compensatorio, lavorìo mentale che tenta di supplire al non poter essere spontanei, all'implicita sfiducia in se stessi.

Sono ancora parole di Orlando:

> *Vedo le stelle di notte, a me piace vedere le stelle, mi ha sempre dato fiducia e sicurezza. Ma ora non le percepisco con l'intensità di prima, è come se vedessi offuscato. E mi sembra di avere un problema di vista, perché percepisco una pressione alla radice del naso tra i due occhi. Capisco, anche per tutte le visite e gli esami fatti, di non avere nulla di organico, che la mia è ansia, ma a me viene da localizzare lì l'origine del disturbo!*

La chiave di lettura psicosomatica, di un trasferimento sul soma di un disagio psichico, presuppone la *Spaltung* cartesiana tra *res cogitans* e *res extensa*, e risponde all'esigenza di rinvenimento di una causa, forse per pacificare l'inquietudine del mistero di queste ambigue forme di sofferenza.

Il paziente percorre in realtà una pista ancor più unilaterale, quella della linearità eziologica propria delle discipline medico-naturalistiche. È in verità la pista inizialmente percorsa (spesso anche incoraggiata da parenti, amici e da molti stessi medici) dalla gran parte dei pazienti con Disturbo di panico, almeno fino a quando il paradigma tecnico-scientifico, cui non è estranea la stessa psicosomatica, incontra lo sbarramento invalicabile del non rinvenimento della causa. E il buon senso comune, ancor prima della psichiatria, non fa sentire di essere di fronte a personalità travolte dalla parabola della follia.

È qui che si pone l'esigenza di un altro modo di comprendere l'umano, che nell'esperienza del soffrire scompagina spesso il potere della scienza e le sue disarticolazioni reificanti, che sezionano l'uomo e il suo vivere per poterlo *in*-cludere in una teoria *pre*-supposta.

Il disturbo della visione, sensorialmente percepito, non è allora proiezione sul corpo-cosa (*Körper*) di un'inquietudine di quell'altra cosa che è la psiche, ma è modo di partecipare nella dimensione corporea al tentativo di abbraccio all'interezza della vita, la vita cosmicamente percepita. Abbraccio che, nel caso emblematico sopra citato, avviene con lo sguardo alle stelle, che non è mai solo atto-cosa ma atto-intenzione, comprensibile nel suo costituirsi simbolico dell'alludere ad un'ulteriorità di senso non interamente *con*-cludibile.

Lo sguardo all'alto-oltre rispetto alla terra, alla luce-altra rispetto all'oscurità del presente, è sguardo cercato per *pro*-durre "*fiducia e sicurezza*". È sguardo di *de*-siderio (da *de-sidera*, relativo alle stelle), di ricerca di una pienezza, di un nutrimento spirituale mutuato dalla natura. Di una riconciliazione, nella dimensione del corpo (*Leib*), con la natura nella sua veste di altezza e di ulteriorità rispetto all'*hic et nunc*.

Questo atteggiamento, suggestivamente, rimanda a espressioni di una religiosità naturale (storicamente antica, ma psicologicamente non eludibile) e, sulla scia delle riflessioni junghiane intorno all'alchimia, rimanda ad una comunanza uomo-natura che nel corpo trova il suo luogo rivelativo. Quella tensione all'*unus mundus* (dimensione unificante uomo e natura, fondamento per Jung (1956) di ogni esistenza empirica) che presuppone le *nozze alchemiche* della riunificazione tra mente e corpo.

Ebbene, i pazienti con Disturbo di panico non riescono a vivere pienamente questa esperienza, questa partecipazione al dinamismo della natura e questa conciliazione tra mente e corpo. E sentono tutto ciò come "perdita" di senso, come non pienezza del vivere. Le strade per "capire" indicate dalla scienza medica non portano a nulla, se non a formulazioni da cui gli stessi pazienti non si sentono rappresentati. Solo nel descrivere queste sensazioni e gli stati d'animo che le accompagnano, nel poter condividere in un'atmosfera psicoterapica "comprensiva" questo sentimento d'estraneità (esperienza di condivisione che ha spesso per loro del sorprendente, vista la paura della perdita della naturalità del vivere che li caratterizza e fa loro provar vergogna), questi pazienti avvertono il senso e la qualità della mancanza che li caratterizza. La mancanza, potremmo dire sulla scia delle riflessioni di La Forgia e Marozza (p. 21), di quella *conoscenza sensibile* segnata

> *dalla parentela profonda tra evidenza, intuizione e verità.*

O ancora, sulla scia della densa riflessione di Blankenburg e pur consapevoli del differente registro qualitativo là dove si parla di condizioni psicotiche, di attenuazione (più che di vera e propria perdita, come dall'Autore tedesco riferito alle psicosi) dell'*evidenza naturale*.

È un tema, questo del sentire immediato come modalità dell'esserci, come modalità conoscitiva che è modalità dell'esserci nel linguaggio dell'analitica esistenziale, che ha addentellati con l'attuale Spirito del tempo. Cioè con l'affermarsi culturale del conoscere scientifico che non implica il "sentire emotivo" e che riduce l'atto conoscitivo alla codifica *per causas* delle basilari impressioni sensoriali. Ma anche con l'*habitus* del conoscere tecnologico, di quel conoscere per immagini *tele*-visive o

*tele*-matiche, in cui il *tele* della visione non comporta (non necessita) la partecipazione diretta, quella vicinanza vissuta in cui vedere e "sentire" si intrecciano e si arricchiscono.

## X. Cultura del "pezzo" e crisi del simbolico

Quando il percorso analitico, o comunque psicoterapico, cerca di condurre il paziente con Disturbo di panico a simbolizzare il proprio disagio, considerando i sintomi cifre significative di un più globale orientamento psicologico ed esistenziale, correlato con una storia personale, si incontrano spesso difficoltà. Anche là dove è stata superata la pretesa riduttivistica (che in genere precede la domanda psicoterapeutica) di medicalizzare i sintomi.

Sono ancora frasi di Marcello:

> *Sì, sono d'accordo, queste difficoltà c'erano forse anche prima della crisi, possono anche trovare delle spiegazioni nel rapporto con mio padre e con mia madre, ma adesso è un'altra cosa. Il problema è che non sto bene, che questa cosa non mi passa! Se non mi fosse capitata questa disgrazia io ero un altro… E questo mi fa venire rabbia, perché non è dipeso da me!*

Siamo di fronte a quella che chiameremo *cultura del pezzo*. La gran parte dei pazienti, riferendosi all'esperienza del panico, dice: mi è "*capitata*" questa cosa. La "*cosa*" non viene pressoché mai, spontaneamente, correlata alla propria personalità, alla propria storia di vita, al proprio modo di vivere le esperienze relazionali. C'è una sorta di stolidità emotiva, del tutto contrastante con la sfera cognitiva spesso capace di brillanti prestazioni.

Scriveva Nietzsche ne *La nascita della tragedia* (tr. it., p. 168):

> *L'uomo teoretico non vuole più niente interamente, interamente anche con tutta la naturale crudeltà delle cose.*

Ma chi è per Nietzsche l'uomo teoretico? È l'uomo occidentale nella sua ricapitolazione del percorso apollineo che, forse, voleva proprio congedare l'uomo dalla paura panica della natura e del corpo. L'esito, esplicitato dall'esperienza del panico, è lo scacco del senso tragico del vivere, cioè della capacità di tenere insieme unità e smarrimento, controllo ed esperienza dell'ignoto.

La cultura del "pezzo" si fa allora risposta al globale travolgente; è la circoscrizione difensiva che vuole *tra*-durre (nel senso letterale di trasportare da una lingua in un'altra) la tragedia in sintomo clinico.

È qui in evidenza, detto in altro modo, la difficoltà ad accedere al *simbolico*, cioè a quell'apertura di senso che consente al "pezzo" di alludere all'intero. Nel nostro caso, che consente al sintomo di alludere ad un più globale senso del vivere.

Un esempio tipico è la paura di *s*-venire, interpretabile in chiave simbolica come timore di fronte alla vita, come possibilità della *caduta*, quindi della miseria umana di fronte alla grandezza delle scelte o delle situazioni. Evento iniziatico che permetterebbe la storia grazie al confronto con il male nella sua accezione di limite. Iniziazione che però nel soggetto che patisce il panico manca e si vuol escludere. Per cui la caduta è rappresentabile solo nella sua concretezza somatica, nel suo accadere fisico. Per dirla con Jung, qui il sintomo si chiude nella sua portata "segnica", senza aprirsi ad una vera e propria dimensione "simbolica" (1921).

Lo smarrimento del simbolico è più in generale una caratteristica della cultura contemporanea, specie in ambito giovanile, ed è l'inevitabile implicazione del vivere il tempo come presente chiuso, privo di orizzonti alludibili o di ricordi interiorizzabili, che nel simbolo trovano invece la loro casa dove poter vivere insieme.

## XI. Costellazioni familiari mute

Anche parlando più direttamente della complessità dei modelli familiari non intendiamo compiere un'indagine causalistica, ma visitare i luoghi storico-esperienziali in cui sono cresciuti i pazienti (in particolare ci riferiamo a quelli in età giovanile) con Disturbo di panico. È un discorso che ci sembra particolarmente significativo per il taglio del presente lavoro, che vuol sondare il nesso tra psicopatologia e *Zeitgeist*. I nuclei familiari dei pazienti di cui qui parliamo sono infatti emblematici di quella che è la famiglia della società postmoderna, degli aspetti psicologici che la contraddistinguono, delle istanze più differenziate e meno differenziate che in essa si esprimono. Tutti elementi non disgiungibili dalla parabola psicologica ed esistenziale dei soggetti che patiscono il panico, vale a dire di quei soggetti per i quali l'angoscia, la paura, il confronto con il male, da inevitabili vicende esistenziali si trasformano in condizione psicopatologica.

Una madre non contenitiva e un padre non iniziatico sembrano costituire la costellazione fondamentale, al di là di tutte le varianti. Una ma-

dre "secca", a volte ipocondriaca, quindi impegnata a salvaguardare concretisticamente un corpo non relazionabile, o comunque poco disponibile emotivamente perché occupata dai propri fronti personali. E un padre magari più disponibile a fornire garanzie ma incapace di "iniziare" il figlio.

Oppure (è il secondo scenario) il quadro comprende coppie genitoriali caotiche, più che autenticamente conflittuali. Coppie dall'esplosività improvvisa, fautrici di un clima di allarme che non tiene conto dei figli. Spesso, queste ultime sono le situazioni di provenienza di quei ragazzi che prima della crisi di panico, magari anche solo per un breve periodo, fanno ricorso all'uso di sostanze stupefacenti, senza che però si strutturi una vera e propria tossicodipendenza. Una sorta, si direbbe, d'inconsapevole anestesia per coprire i fallimentari tentativi iniziatici.

Ma la coppia genitoriale, comunque, anche nel secondo caso, sembra più che altro preoccupata (certo, inconsciamente) di autosorreggersi e di stabilizzarsi, con una reciproca dipendenza dei due membri. Per lo più *a*-conflittuale, anche là dove le emozioni sono massicciamente evacuate ma senza una vera e propria *inter*-locuzione. Paradossalmente, anche là dove magari si giunge ad una scelta di separazione coniugale. In queste tipologie familiari, il figlio o la figlia percepiscono poco la differenza tra i genitori; essi si presentano come un tutt'uno, quasi *s*-favorendo valutazioni differenziate, distinzioni tra un buono e un cattivo, tra il bene e il male, tra distanza e vicinanza, tra maschile e femminile.

Sono quelle coppie genitoriali che A. Ferro (p. 19), a partire da premesse bioniane, qualifica come dotate di

> *insufficiente robustezza del contenitore, che stabiliscono con i figli rapporti pacificati di tipo omosessuale femminile ♀♀ che lasciano splittati fuori ipercontenuti emotivi ♂.*

Contenuti emotivi che un domani possono irrompere (*ivi*, p. 132),

> *magari come sintomi o tsunami emotivi.*

Nel linguaggio junghiano, per certi versi convergente con quello bioniano di Ferro, potremmo dire che là dove l'alfabeto emotivo è precario e non si costruiscono comunicazioni emotivamente significative oppure, detto in altro modo ancora, là dove emozioni quali la paura, la gioia, il dolore non sono familiarizzabili nel patimento (letteralmente: "sentire intenso", che comporta anche il subire), come in tante famiglie postmoderne accade, queste stesse emozioni non scompaiono, ma si rifu-

giano nell'ombra fino a quando, dovendosi vivere in campo aperto, come belve selvagge fanno irruzione. La familiarità con la quiete emozionale favorirà allora la ricerca di argini all'ansia mediante l'"anticipo" del futuro, permettendo l'entrata in scena della paura alternativamente all'ansia.

Famiglie dunque incapaci d'"iniziare" i figli, dove l'iniziazione comporta la capacità di vivere, contenendole, quelle emozioni che segnano la trasformazione fisica, intellettiva e sociale. Ma famiglie altresì che, paradossalmente, non riescono a passare ad altri istituti sociali il testimone educativo, rimanendo a lungo riferimento abitativo e relazionale, in un continuo alternarsi di aspettative e disillusioni che nel giovane spesso fungono da agenti paralizzanti.

Come se, là dove non abbia compimento una vera esperienza di dipendenza emotiva, non riesca a decollare neppure l'indipendenza emotiva e la progettualità verso il nuovo.

Sembra essere, questa, la costellazione familiare più rappresentativa della cultura del tempo, specie in riferimento a famiglie che mirano all'assenza di conflitti più che alla loro risoluzione, e a genitori che non sanno farsi carico emotivamente dei figli.

## XII. Con un'umile trascuratezza…

Visitare la psicopatologia del panico oggi significa, tra le altre cose, calarsi in un luogo conoscitivo tra i più originali e i più forieri di notizie sulla cultura del tempo in cui viviamo. Una visita che consente di sfatare alcuni luoghi comuni di superficie e di cogliere con spietata profondità, tramite la peculiarità che è propria del sapere psicologico, i modi con cui l'uomo contemporaneo vive il tempo, l'angoscia, la paura, il rapporto tra il bene e il male, la spontaneità relazionale e conoscitiva. E, in special modo, i loro aspetti *ombra*, presenti ma rimossi o, forse ancor più spesso, negati.

Modi, riecheggiando il linguaggio ermeneutico di Luigi Pareyson, che *"rivelano"* un fondo veritativo sempre inesauribile e trascendente il tempo storico in cui si manifestano, ma che al contempo *"esprimono"* una prospettiva storica particolare entro la quale, solamente e inseparabilmente, tale fondo di verità si offre e si apre.

L'affascinante visita mostra però subito l'insufficienza di ogni psicologia o psichiatria naturalistiche, dove trovano la loro collocazione concettuale fasi, assetti, difese o evidenze empiriche, nel loro *a*-storico *pre*-scindere dallo *Zeit-geist*. Ci riferiamo sia a quegli indirizzi conoscitivi radicati nel "*bio*-logico" (oggi espressi soprattutto dalle neuro-

scienze) e sviluppatisi nel solco del pensiero causalistico, sia a quegli indirizzi che necessitano dello stralcio dei sintomi clinici dalla storia di vita (come le cosiddette psicoterapie "tecniche", quali il comportamentismo e il cognitivismo) e che, negandone la valenza simbolica, si collocano al di fuori della decifrazione del senso.

Ma ci riferiamo altresì al metodo adottato dalla più ortodossa cultura analitica, mosso da una necessità spiegazionista e declinato nella sospettosità. Quella che si ha nei confronti di un volto mascherato che si ritiene coprire, per una sorta di compromesso con il mondo, la vera essenza del disagio. Uno sguardo, quello psicoanalitico, che per *inter*-loquire con la psicopatologia la deve prima *tra*-durre (da *trans-ducĕre*, condurre altrove) in una lingua nota all'osservatore che, sola, sarebbe in grado di rappresentare il disagio *sotto*-stante.

La visita disincantata e fedele alla psicopatologia esigerà invece l'adozione di un sapere-guida psicologico e psichiatrico capace di essere aperto e plasmato dalla cultura, per poter leggere le strutturazioni di personalità (cliniche e non) alla luce di una dinamica *dia*-logicità tra natura e cultura, ben lontani da una contropolare unilateralità che faccia discendere linearmente la psicopatologia dalla cultura. Perché il patire psicologico è un patire ambiguo, al contempo *rivelativo* ed *espressivo*. Per questo abbiamo voluto visitare la psicopatologia del panico osservandola "così come essa si manifesta" e "per ciò che essa mostra", confrontandoci con i modi e i contenuti con cui essa ci parla. Non abbiamo voluto tradurla in una lingua "nostra", ma *inter*-pretarla. Coglierne cioè il valore (*pretium*) nell'atto stesso di relazionarci con essa (*inter*). È questo lo sguardo coltivato dalla feconda tradizione della Fenomenologia che più l'ha tematizzato, ma ci sembra essere altresì lo sguardo adottato dalla Psicologia Analitica, soprattutto nella sua presa di distanza dal riduzionismo interpretativo freudiano.

Un sapere, quello richiesto, complesso e coraggioso. Capace di compiere, per dirla con Jung (1957; tr. it., p. 107), un necessario

> *delitto di lesa maestà, quello cioè di trascurare la conoscenza scientifica.*

Un atto di trascuratezza forse poco plaudibile dalla cultura dell'immediatezza e dell'onnipotenza, ma certamente in grado di raggiungere una più piena, umile, consapevolmente parziale, comprensione dell'uomo vivente.

## BIBLIOGRAFIA

Benasayag M., Schmit G.: *L'epoca delle passioni tristi*. Feltrinelli, Milano, 2004
Binswanger L.: *Per un'antropologia fenomenologica* (1947). Feltrinelli, Milano, 1989
Blankenburg W.: *La perdita dell'evidenza naturale* (1971). Raffaello Cortina, Milano, 1998
Borgna E.: *Le figure dell'ansia*. Feltrinelli, Milano, 1997
… : *L'attesa e la speranza*. Feltrinelli, Milano, 2005
DSM-IV-TR. Masson, Milano, 2001
Ferro A.: *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007
Freud S.: *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894), in *Opere*, II. Boringhieri, Torino, 1968
… : *Il perturbante* (1919), in *Opere*, IX. Boringhieri, Torino, 1977
Heidegger M.: *Essere e tempo* (1927). Longanesi, Milano, 1971
Hillman J.: *Saggio su Pan*. Adelphi, Milano, 1977
Husserl E.: *Meditazioni cartesiane*. Bompiani, Milano, 1960
Jaspers K.: *Psicopatologia generale* (1913). Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964
Jung C.G.: *Saggio di esposizione della teoria psicoanalitica* (1913), in *Opere*, IV. Boringhieri, Torino, 1973
… : *Tipi psicologici* (1921), in *Opere*, VI. Boringhieri, Torino, 1969
… : *Il significato della psicologia per i tempi moderni* (1934), in *Opere*, X. Boringhieri, Torino, 1985
… : *Psicologia dell'inconscio* (1943), in *Opere*, VII. Boringhieri, Torino, 1983
… : *Saggio d'interpretazione psicologica del dogma della Trinità* (1948), in *Opere*, XI. Boringhieri, Torino, 1979
… : *Mysterium coniunctionis* (1956), in *Opere*, XIV. Boringhieri, Torino, 1990
… : *Presente e futuro* (1957), in *Opere*, X. Boringhieri, Torino, 1986
La Forgia M., Marozza M.I.: *Le radici del comprendere*. Fioriti Editore, Roma, 2005
Meltzer D., Harris Williams M.: *Amore e timore della bellezza*. Borla, Roma, 1989
Minkowski E.: *Il tempo vissuto* (1933). Einaudi, Torino, 1971
Nietzsche F.: *La nascita della tragedia* (1871), in *Opere*, I. Newton, Roma, 1993
Orazio Q.F.: *Epistole*. Rizzoli, Milano, 2000
Pareyson L.: *Verità e interpretazione*. Mursia, Milano, 1971
Tellenbach H.: *Melancolia* (1961). Il Pensiero Scientifico, Roma, 1975

Dr. Enrico Ferrari
Via Perazzi, 22
I-28100 Novara

# *REPULSION* OVVERO DELLA METAMORFOSI DEL PATICO E DEL PRATICO NEL MONDO DI CAROL LEDOUX. UNA RIFLESSIONE ANALITICO-FENOMENOLOGICA SU UN FILM DI ROMAN POLANSKI*

A. FUSILLI
M. ROSSI MONTI

Carol: *Helen, bisognerà aggiustare quella crepa.*
Helen: *Cosa?*

*Repulsion*

Il grave ed essenziale sospingersi del ritmo di un tamburo scandisce il nostro essere-di-fronte all'iride di un occhio, al momento in cui una scritta, esasperata dalla cianotica fluorescenza del suo bianco colore e dall'eterodosso appalesarsi da destra verso sinistra[1], recita: *Repulsion*.

Il rapporto di magnificazione del dettaglio che l'inquadratura ci consente d'intrattenere con quest'occhio è intrigante e terribile ad un tempo: immediatamente si dà a noi nella sua immanenza l'opportunità di scrutare uno sguardo, spiarne espressioni e movimenti, scorgerne manifestazioni di umanità, disvelarne il mistero dell'identità e la peculiarità dell'intenzione. Un movimento di ossessivo avvicinamento giunge a sorprendere le microscopiche unicità anatomiche di quest'occhio: i

* R. Polansky: *Repulsion*, con C. Deneuve. GB, 104', 1965.

[1] «Tale direzione è naturalmente contraria a quella della percezione occidentale, che predilige muoversi verso destra. Pensiamo alla scrittura, ma anche alle panoramiche descrittive del cinema classico. Se Buňuel voleva distruggere l'ordine della visione borghese, Polanski ci anticipa soltanto l'ingresso in un regime di sguardo quanto meno anomalo» (Scandola).

pigmenti della pupilla, l'umidità della sclera, la chiaroscuralità delle arcate cigliari.

L'uomo, l'uomo-nel-mondo è gettato al senso, fa i conti col senso, è condannato ad esso (Wittgenstein). Questo è un occhio che ha già trasceso se stesso a oggetto d'esperienza che stentiamo a sensificare. A ben guardare, quest'occhio non accenna al movimento, il cristallino sembra non compiere affatto il processo di accomodazione: in questo microcosmo vige un'ambigua anestesia. Quasi al pari di un fisiologico riflesso monosinaptico, l'umana necessità dell'attribuzione di significato e della costituzione di senso attiva un processo ermeneutico. È possibile rintracciare un'espressione in quest'occhio? È un occhio triste o intento? È un occhio raggelato dalla paura? È un occhio alla mercé dello sguardo dell'Altro? È un occhio che ha da comunicare o che implode nel suo stesso campo fenomenico-esistenziale? A chi appartiene quest'occhio? È l'occhio di una persona a me familiare? E, *dulcis in fundo*, quest'occhio è forse il *mio* occhio?

Per sentirci più vicini a quest'occhio, per riportarlo dallo statuto antropologico di *Alienus* e quello di *Alter*, avremmo bisogno di vedere l'intero volto. Allargare l'inquadratura è l'azione cinematografica che Roman Polanski[2] mette in atto: il regista nel corso del film avrà modo di riproporre con la cinepresa questa diatesi di distanziamento-avvicinamento, tramare un sottile e complesso gioco di inquadrature ek-centriche, architettare una geometria di dettagli torturati nella loro solitudine e deprivati della loro *Gestalt*.

Il volto in questione è di Carol Ledoux (Catherine Deneuve). Giovane belga che abita con la sorella nella Londra degli anni Sessanta e che lavora come *manicure* in un salone di bellezza. La trama del film si snoda nel tempo in un arco di circa venti giorni e coinvolge tre personaggi fondamentali: Helen, la sorella maggiore di Carol, Michael, il suo uomo, e Colin, un corteggiatore di Carol. La quieta e tragica fine della storia, che culminerà in un duplice omicidio, è insieme uno stenico tentativo di salvazione quanto l'epilogo di un percorso di patologia che si tenterà qui di ripercorrere.

Le strutture registiche, di sceneggiatura e di montaggio porgono dinanzi agli occhi dello spettatore, di colui che sta appassionandosi alla

[2] Roman Polanski, nasce a Parigi nel 1933 da genitori polacchi. Tra i suoi cortometraggi si ricordano *Due uomini e un armadio* (1958), *La caduta degli angeli* (1959), *Le gros et le maigre* (1961), *I mammiferi* (1962). Dopo *Il coltello nell'acqua* del 1962, dirige nel 1965 *Repulsion*, il suo secondo lungometraggio, «quasi la radiografia della fenomenologia schizoide di una donna, che gioca con i canoni del thriller, infiltrati però di sottille ironia e sulfurea comicità» (Canova).

storia-di-vita di Carol, un gioco di movimento dentro/fuori[3] che si situa a un livello fenomenico e a un livello simbolico: l'appartamento le cui mura "vedono" svolgersi gran parte della vicenda di Carol sono l'endoscheletro di una vita, sono lo zaino-marsupio entro cui la Carol custodisce e si prende cura della propria vulnerabilità (pur senza curarla); sono parte della mediazione psicoreattiva[4] che la persona attiva – più o meno intenzionalmente – a partire dalla già-sempre-possibile natura omeostatica della psiche. D'altro canto, oltre la porta dell'appartamento, incombe il mondo-là-fuori, lo spazio nel quale l'orientamento può vacillare nel senso dello spaesamento, della precarietà e del dubbio, della messa in discussione della propria familiare maniera di stare-al-mondo; è lo spazio portatore del già-sempre-di-nuovo che l'esistenza ha da contemplare nei modi dialettici di attività-passività, ineffabilità-comunicabilità, esperibilità-comprensibilità, soggettività-oggettività.

La dimensione della propria *oikia* – il mondo interno e privato – e la dimensione dell'*agorà* – il mondo comune, la "piazza" in seno alla quale la comunità fonda se stessa – sono i due volti complementari del medesimo abitare-il-mondo.

Come nel dipinto di Magritte, agglomerati di pietra sospesi nel tiepido e accennato azzurro di un cielo dominano la scena della vita quotidiana di Carol. Laddove la sua vita professionale è allestita all'interno del salone di bellezza di proprietà di Madame Denise, la sua vita personale si ritrova e raccoglie invece all'interno delle mura dell'appartamento 15. Un appartamento al centro di Londra che condivide con la sorella Helen. Tali dimensioni – monadiche solo in superficie – possono essere dischiuse e ricollocate all'interno di una visione olistico-panoramica che getta luce sul senso della verità narrativa.

Il rapporto rispetto agli *esistenziali* "altro" e "mondo" (con particolare riferimento in quest'ultimo alla trasformazione dell'oggettualità) è esemplificativo in Carol dello scivolamento patologico verso un'intersoggettività depauperata e un mondo impraticabile. L'espe-

[3] La dialettica spazio interno/spazio esterno caratterizza l'esistenza di Carol Ledoux, che sembra fuggire dal mondo esterno per trovare rifugio all'interno delle mura di casa. Quella del dentro-fuori è una delle tematiche fondamentali del cinema di Polanski: paradigmatico esempio ne sono *Cul de Sac* (1966) e *Rosemary's Baby* (1968) (cfr. Rulli, introduzione a *Repulsion*, ed. 2004).

[4] «[...] il principio della *mediazione*, in accordo al quale il vertice della persona è il principio organizzatore delle transizioni e delle progressioni riscontrate sul piano sintomatologico». Per un approfondimento circa il tema del principio dialettico persona-vulnerabilità, si rimanda a Stanghellini (1997).

rienza soggettiva di ciò che appare nella prospettiva di prima persona e la ricostruzione del relativo mondo interno, sono premesse fondamentali al discorso intorno alle condizioni di possibilità che porteranno Carol a compiere il tragico atto finale. Coscienza fenomenica (di un oggetto, del "mondo" *tout court*) e coscienza di sé si co-implicano, dal momento che essere coscienti di un oggetto è tutt'uno con l'essere coscienti di sé rivolti a quell'oggetto (Metzinger, 2003; Smith, 2004): essendo l'io e il mondo due facce della medesima medaglia, via via che Carol subisce le mareggiate dell'estraneità, si palesano a lei delle nuove, "altre", sembianze dell'altro e del mondo[5].

«Non si "sente" più, ma neppure più ci si sente» afferma Mistura nell'*Introduzione* a *La schizofrenia* di Minkowski, e proprio a questo livello di narcosi e metamorfosi dell'orientamento patico e pratico si situa il piano di riflessione psicopatologico.

## I. CAROL: L'ALTERITÀ

*Il tu mi incontra. Ma io entro con lui nella relazione immediata.*
*Così la relazione è al tempo stesso essere scelti e scegliere,*
*patire e agire.*
Buber M., *Il principio dialogico e altri saggi*

Quali siano i modi del manifestarsi della presenza di Carol nella sua declinazione con l'intersoggettività e l'alterità? Il mondo intersoggettivo di Carol sembra essere segnato da una crisi della fisiologica dialettica lontananza-vicinanza.

Da una parte, le figure dell'Alterità che popolano le sue giornate sono vissute ad un *quid* di distanza-distacco: una sorta di anestesia, di torpore sta tra Carol e i suoi movimenti, tra Carol e i suoi dialoghi, tra Carol e i suoi interlocutori. Una blanda depersonalizzazione allopsichica o derealizzazione[6] bagna l'esistenza della giovane donna dalla

[5] Puntualizza Scharfetter a proposito della depersonalizzazione: «Ponendo domande adeguate si rileva che all'estraniazione da Sé (depersonalizzazione) corrisponde l'estraniazione dalle persone e dalle cose (derealizzazione) anche se inizialmente o l'uno o l'altro dei fenomeni appare più evidente».

[6] Jaspers inserisce i fenomeni di depersonalizzazione all'interno de *La Coscienza dell'Io* e, in particolare, nel primo carattere formale di questa, vale a dire l'Attività dell'Io: «In tutta la vita psichica viene vissuta una incomparabile attività originaria. Il fatto che lo psichico, sia esso percezione, sensazione del corpo,

peculiare bellezza, dipingendola trasognata, assente, tra le nuvole. Un autentico *pathos* d'amicizia verso la sua collega, l'efficienza propria della sua attività professionale di *manicure*, l'accoglimento del rituale del corteggiamento e la potenziale relazione sentimentale da costruire e di cui godere con Colin, il rapporto d'amore sororale con Helen: tutte possibilità giusto un po' più lontane di quanto non debbano per essere acciuffate, comprese, integrate nel proprio commercio di mondo.

Dall'altra, tutto è troppo vicino: se la minaccia non viene tenuta lontana, fuori dalla porta, le entra dentro, la corrompe e stravolge, la deve annientare. L'alternativa è radicale: espellerla o viceversa esserne corrotta e contaminata distruttivamente.

Guardando il film non sapremmo ancora qual è il problema di Carol. Diremmo certamente che c'è qualcosa che non va e forse ci sentiremmo in sintonia con quanto dice l'uomo di Helen[7]:

> *Non vado molto a genio a Cenerentola.*
> Helen: *Cenerentola?*
> *La tua sorellina.*
> Helen: *Ah, che t'importa! Beh, mi ci porterai a vedere la Torre di* [*Pisa?*
> *È un po' strana, se non sbaglio.*
> Helen: *No, è un temperamento sensibile.*
> *Inventane un'altra. Le serve un dottore.*
> Helen: *Che vuoi dire?*
> *Niente, per carità.*

Non è un caso che sia una delle fondamentali figure maschili del film a presentarci e a tematizzare Carol nella sua apparente "stranezza". I personaggi maschili, ma il mondo del maschile *latu sensu*, rappresentano la cifra della perniciosità, della contagiosità di un morbo che potrebbe attraversare la frontiera di una disperata e tragica illibatezza. Il maschio ed il maschile, quale rimando alla tacita immanenza della sessualità, sono insidie continuamente in agguato: incarnano e realizzano la mi-

---

ricordo, rappresentazione, pensiero, sentimento, acquisti questo speciale tono del "mio", dell'"Io", del "personale", del proprio operare, si chiama personalizzazione. Se ho la coscienza che questi elementi psichici non siano i miei, che mi siano estranei, che siano automatici, che siano indipendenti e provengano da qualche altra parte, questi fenomeni si chiamano "fenomeni di depersonalizzazione"». La qualità dell'estraneità che investe tali fenomeni riguarda nella derealizzazione il mondo esterno. Nella dizione di Scharfetter: «L'ambiente appare irreale, nebuloso, estraneo e inconsueto».

[7] Le citazioni sono fedeli al doppiaggio italiano del film.

naccia che incombe nel mondo-là-fuori: i muratori per strada godono della passeggiata che lei fa per andare al lavoro come di un raro spettacolo, la guardano, la scrutano sogghignando e infine la apostrofano: «Ciao, bionda. Vieni a prendermi quando smonto?»; Colin prova timidamente a corteggiarla, la approccia con dolcezza e pacatezza ma, perfino lui, nella sua voglia di rimanere solo con lei per baciarla, le ricorda di avere un corpo «oggetto per l'altro e al tempo stesso soggetto per me [per lei]» (Merleau-Ponty).

Ma colui che *in primis* si fa interprete d'un attacco al lindo mondo di Carol è Michael, l'uomo della sorella Helen: lui, il corpo estraneo che compare impunemente alla porta delle sorelle Ledoux, che di notte fa gemere di godimento Helen, che la porta via da Carol, che violenta ogni cautelare prossemica, che invade l'intimità del bagno lasciando i propri mascolini effetti personali. Lui costituisce l'appalesarsi della minacciosità e della repulsività nel modo di una contaminazione di natura sessuale. È rispetto alla sua presenza che Carol si trova a fronteggiare l'inquietante straniero: «la sessualità non è né trascesa nella vita umana, né raffigurata nel suo centro da rappresentazioni inconscie: vi è costantemente presente come un'atmosfera» (Merleau-Ponty). Ma repulsione è il contrario di attrazione: e se gli oggetti del maschio di Helen repellono, allo stesso modo attraggono. Così Carol annusa un indumento trovato per terra in bagno, fino ad affondarci dentro il viso per cogliere l'odore della sessualità; guarda il letto sfatto dove la sorella ha amato il suo uomo, ascolta spaventata ma anche attratta i rumori dei loro amplessi. Che cosa le repelle? La sessualità della sorella o invece sentire animarsi dentro di lei la sua sessualità? Come se la repulsione fosse il segnale di una presa di contatto con un ambito molto problematico della propria vita e della propria identità che urge riconsiderare: il rapporto con un uomo, con gli uomini in generale, con la rappresentazione che lei ha dentro di sé dell'uomo, con la rappresentazione che lei ha dentro di sé del suo primo uomo: suo padre. Un ambito della sua vita rispetto al quale non le è possibile collocarsi alla giusta distanza.

La sessualità e una marcata turbativa nei riguardi di tale emblematica tappa dello sviluppo personale, appaiono essere il *leitmotiv* che corre lungo il *fil rouge* della storia di *Repulsion*. Per quanto attiene alle figure femminili, esse riescono ad essere vicine a Carol in un modo meno pericoloso ma nondimeno con una pronunciata ambivalenza: il femminile da una parte è rassicurante ma, dall'altra – ambiguo – il tema della relazione sentimentale-sessuale è sempre

presente. Bridget[8], amica e collega di Carol, si confida con lei in un momento di pausa dal lavoro: «Maledetti uomini. Ti promettono mari e monti e poi ... Mi butterei nel fiume. Credevo che lui fosse diverso. [...] Invece è un porco anche lui, nient'altro. Dopo ti racconterò quello che mi ha fatto. Ma perché sono così schifosi?».

Le borghesi e pittoresche signore clienti del salone di bellezza sono da una parte progressivamente deumanizzate, colte nel loro giacere come cadaveri al trucco denudati della loro umana quotidianeità e immortalate nella loro prototipicità e caricaturalità, rotte e parzializzate nel dettaglio delle loro unghie o del loro viso; dall'altra, esse fanno da controcanto di realtà rispetto alla presenza eterea ed evanescente di Carol: «Si è addormentata, cara? Lei è innamorata, scommetto»; Madame Denise, proprietaria del salone e matrona forte e gentile, si pone in una maniera materna nei confronti di Carol, la consiglia nel merito del lavoro e le concede una giornata di riposo quando ne avrà bisogno; la sorella Helen, forse l'unico saldo punto di riferimento di Carol, diviene ora la sua più grande nemica.

Il tema della partenza di Helen ricorre fin dalla prima mezz'ora del film. Lo spettatore familiarizza con una Carol impensierita e impaurita dall'imminente partenza della sorella, con una Carol che la prega di rimanere in toni nitidamente infantili:

Helen: *Come va il lavoro?*
Carol: *Bene.*
Helen: *Fa caldo oggi.*
Carol: *Sei decisa a partire?*
Helen: *Carol, per favore non ricominciamo.*
Carol: *Quanto tempo starai via?*
Helen: *Te l'ho detto...*
Carol: *Due settimane? Dimmi quanto...*
Helen: *Dieci o dodici giorni.*
Carol: *Al massimo, vero?*

Helen sembra rivestire per Carol un ruolo di garante: la sua presenza quantomai fisica e di contiguità presiede ad un equilibrio, al fluire dei giorni. È lei che prepara la colazione, è lei che prepara i contanti per l'affitto da dare al padrone di casa, è lei che chiede a Carol come è andata la giornata, è lei che cerca di contenere il "temperamento sensibile" della sorella. Ma il fronte non tiene e qualcosa di orrendo fa

[8] Il doppiaggio italiano del film ha mutato il nome della collega e amica di Carol da Bridget in Betsie. Tuttavia, il nome Bridget permane nei sottotitoli italiani.

irruzione nella vita di Carol: la sua storia si potrebbe descrivere come l'apertura di una voragine che si apre quando la sorella si allontana da lei, quando la lascia sola.

## II. CAROL: IL MONDO E L'OGGETTUALITÀ

> *Pur nella varietà delle loro espressioni questi malati esprimono lo straniarsi di sé a sé, la perdita di sé come potenza oggettivante e del mondo come risultato dell'oggettivazione. D'altra parte gli oggetti che "non stanno in sé", ma vanno oltre in modo irrelativo, riflettono e denunziano il perdersi della presenza che non riesce ad andar oltre le situazioni, e a gettarle davanti a sé, per entro un determinato valore operativo. Col venir meno della stessa funzione oggettivante gli oggetti entrano in un rischioso travaglio di limiti,* [...] *gli oggetti che non stanno in limiti oggettivi sono avvertiti qui come forze in grado di scaricarsi, come oscure tensioni spianti la più piccola occasione per frantumare le barriere che li trattengono, e per fondersi e confondersi in caotiche coinonie.*
>
> De Martino E., *Morte e pianto rituale nel mondo antico*[9]

La possibilità di avvicinare il mondo, di rendere le sue regioni a me prossime, risiede nella sua utilizzabilità. In altre parole, l'oggetto che mi è vicino abbastanza da poterlo abbracciare ed imbracciare è quello di cui prevedo e pondero la funzione, quello che si installerà nel mio progetto pragmatico-esistenziale regalandomi una possibilità (di azione, ad esempio). Se «in ogni utilizzabile il mondo è già sempre "qui"» (Heidegger), gli oggetti che vi dimorano sono i segni della appagatività e del possibile propri della persona che li afferra e che perciò li "comprende", prendendoli-insieme cioè all'interno della loro G*estalt* di significatività.

La posizione esistenziale-ontologica dell'abitare lo spazio del mondo si caratterizza nondimeno per la possibilità che mi viene già sempre data di non "prestare attenzione" a ciascuna sua componente. Il carattere della "scontatezza" è relativo alla prevedibilità e all'attendibilità: un'esperienza scontata è anche conforme alle previsioni, è attendibile. La quotidianeità tutta ha luogo sullo sfondo del campo del non-problematico, dal momento che in una singola azione giace un

[9] Si ringrazia la dr.ssa Raffaella Ciglia per il suggerimento bibliografico.

insieme di esperienze attese relativamente alle quali la persona non compie alcuna ulteriore "indagine". L'indagine – quale movimento riflessivo e tematico per antonomasia – segna peculiarmente il passaggio di "stacco" dalla non-problematicità all'ambito della problematicità, che è prossimo a quello del dubbio, dell'incertezza, della messa in discussione. Una porzione di mondo ha da essere – secondo una frase idiomatica di senso comune – "fuori da ogni dubbio": devo potermi aspettare il mondo, il nostro stare-al-mondo deve giacere nella sfera dell'abitualità.

Il campo del non-problematico è un fondamentale di ogni condizione del possibile dell'esperienza[10]: la tacita aspettativa che nutro nei confronti dell'ambiente è quella della familiarità, una certa quantità di oggetti che popolano la *Lebenswelt* in cui mi trovo deve poter essere da me data per scontata; la persona che fa esperienza del mondo che abita deve avere la possibilità di non prestare attenzione a parte di esso. Una porzione significativa delle eterogenee contingenze spazio-temporali – nelle quali mi situo e nei confronti delle quali prendo posizione – deve poter cadere nella categoria dell'abitualità, in cui l'aspettativa del mondo non viene spiazzata. Tale *taken-for-grantedness* percettivo-esperienziale mi permette di scegliere intenzionalmente di quali nuclei tematici occuparmi.

«Per mezzo del mio corpo, come potenza di un certo numero di azioni familiari, posso quindi installarmi nel mio mondo circostante come insieme di *manipulanda*» (Merleau-Ponty): è sempre nel *framing* del senso comune[11] che le cose del mondo che possono essere manipolate, utilizzate dunque in ragione della mia *praxis*, hanno da esistere.

Nel conservare la sua intrinseca "fisiologia", nel suo poter essere utilizzata e dunque compresa, tale architettura dell'oggettualità non congeda mai il suo significato di senso comune, non trascende il suo

[10] Secondo l'Husserl delle *Idee* ed anche delle *Meditazioni Cartesiane*, la sfera dell'"antepredicativo" è la sede degli *Erlebnisse* (processi soggettivi della coscienza tra cui le *interpretazioni antepredicative*) che hanno luogo senza che sia necessaria la presenza dell'Io o che l'Io svolga alcuna attività.

[11] «Il mondo sociale è stabilito da un *ordine interpretativo* valido per ogni individuo appartenente a uno specifico contesto culturale. Ogni persona riceve e partecipa a questo *ordine interpretativo* spontaneamente, intuitivamente e in maniera ante-predicativa (non-riflessiva). [...] Il mondo sociale si presenta come una costruzione, fatta di significati convenzionali e arbitrari, costruita sull'orlo del grande abisso del dubbio che la realtà *non* sia come normalmente è rappresentata. Il *sensus communis* stesso protegge e previene l'accesso a questo abisso del dubbio. Le procedure interpretative che stabiliscono il *sensus communis* rendono possibile l'esperienza dei diversi fenomeni del mondo come realtà solide il cui significato è dato per scontato» (Stanghellini, 2006).

statuto ontologico né tantomeno ne ibrida il genoma: ecco quel libro che devo studiare o che mi servirà per raddrizzare il tavolo antico traballante, ecco quello specchio di fronte al quale mi metterò quando vorrò pettinarmi. In una certa misura, pur non essendo mai completamente devitalizzato, l'oggetto è docile alla persona, alla sua opera di significazione. È lì per me.

L'utilizzabilità delle cose sta nel loro essere da sempre e per sempre intrappolate tra il loro significato di senso comune e l'estemporaneo significato di fantasia o di divergenza che io posso attribuirvi: la tazza del caffè può diventare un porta spazzolino da denti, la penna con cui scrivevo la lettera è ora uno pseudo-microfono con cui fingo di cantare. La fenditura, lo spazio che intercorre tra queste due modalità di significazione è uno spazio di gioco attivo, in cui, a seconda della mia necessità – pragmatica o ludica –, io reinvento l'oggetto per trarne un secondo beneficio. L'utilizzabilità ricade comunque nell'orizzonte del senso comune: pur nella sua originalità, il significato nuovo di cui rivesto l'oggetto è condivisibile dagli altri, gli altri ne comprendono il senso.

Nel corso del film, si fa sempre più evidente come Carol inizi a subire l'esistenza degli oggetti, ad esserne spiazzata, dal momento che essi iniziano progressivamente e subdolamente a vivere di una loro vita propria: il cibo (piatto nel bar in pausa pranzo) raramente è per Carol qualcosa di cui nutrirsi e assaporare il gusto; si tratta piuttosto di grovigli corpulenti da fissare svogliata; il coniglio che ha portato per cena l'uomo di Helen è cangiante, ha prima il carattere del disgusto e in un secondo momento di riscoperta utilizzabilità. Diventa qualcosa che trova posto nella borsetta di Carol, non può essere lasciato a se stesso; la caffettiera diviene una sorta di specchio di fronte al microscopico spazio della quale Carol gioca a deformare la propria immagine del volto; il telefono non è semplicemente-usato, ma guardato, riflettuto. Le cose di Carol sono testimoni della metamorfosi patica del mondo vissuto che sta avendo luogo: «per questo straniarsi della potenza oggettivante, il mondo e i suoi oggetti sono sperimentati in atto di non essere più "nel loro quadro"[12], cioè nella memoria di una determinata tradizione di significati e nella prospettiva di una possibile operazione

[12] Similmente, i rumori sono minacciosi poiché assolutamente isolati dal contesto: non fanno da sfondo alla vita di Carol, ma sono figura che si staglia sullo sfondo: ticchettii, gemiti, scricchiolii, lo squillo del telefono, le campane delle suore, il campanello di casa, il ronzio delle mosche, il cinguettio degli uccellini, risaltano, sono sempre in primo piano: non c'è una realtà sufficientemente solida da poterli accogliere. Tutto le entra dentro come se non avesse più barriere, come se Carol fosse terribilmente esposta.

formale della presenza. Il mondo diventa irrelativo, senza eco di memorie e affetti, simile a uno scenario» (De Martino).

Il frigorifero non è più il luogo nel quale conservare il coniglio. Carol, ormai lasciata a se stessa, non saprebbe come cucinarlo. Ma, soprattutto, l'estetica dell'animale morto concorre a costituirne una nuova identità e un certo simbolismo: è un coniglio portato dall'esterno, direttamente dalle mani dell'uomo di Helen alla loro cucina, quella cucina che era ancora una stanza "franca", pura e incontaminata, dove Carol ed Helen si ritrovavano nel mattiniero dialogo. È un coniglio che non può più essere mangiato. Va incontro a putrefazione, esso "sta" in quelle terribili giornate "insieme" a Carol, ne è testimone e specchio. Ne è clessidra.

Il bagno è costellato di piccoli oggetti la cui disarmante quotidianeità è il luogo privilegiato dal quale fa capolino l'abisso: all'incedere della minaccia, dell'esperienza di minacciosità, lo spazzolino da denti e il rasoio di Michael non possono più trovare posto lì: Carol: «Ma perché lascia la sua roba nel bagno? Perché mette lo spazzolino nel mio bicchiere?». Tutto ora ha da essere scrutato.

## III. CAROL: LA "CONGIUNTURA DI SCATENAMENTO"

Colin: *Ti senti bene? Hai un'aria… Non so neanch'io come dire…*
*Un'aria buffa.*
Carol: *Sì, mi sento… Ossia… Non lo so.*
*Repulsion*

> *Sicché l'*Unheimliche *deriverebbe appunto dalla scoperta che ciò che consideravamo acquisito, vale a dire la relazione di mutua esclusione fra* Heim *e* Un-Heim*, fra "casa" e "non-casa", fra l'ambito domestico e quello estraneo alla casa, deve essere sostituito dalla consapevolezza – davvero in ogni senso perturbante – che non si dà affatto una opposizione assoluta fra "casa" e "non-casa", e che anzi la prima può rivelarsi essere, insieme e indissolubilmente, anche la seconda.*
>
> Curi U., *La forza dello sguardo*

*Repulsion* è un'opera cinematografica che descrive l'esordio di una psicosi, lo scivolamento e il salto nella follia: nei dieci giorni in cui l'abnorme guadagna spazio, Carol vive l'impressionante *escalation* che

va dall'angoscia all'annichilimento, dalla perplessità allo scompenso. Segnato, quest'ultimo, dallo pseudo-catatonico epilogo: Carol, dopo aver ucciso Colin e il padrone di casa, giace come morta sotto il letto, mentre i vicini di casa si aggirano spaesati nell'appartamento, ormai violentato e sconvolto dall'atrocità e dalla disperazione dell'abisso.

Il film dà l'opportunità di rintracciare e seguire il percorso di preparazione e strutturazione della psicosi, di coglierne i passaggi formali di rango psicopatologico: una volta descritti i modi dello stare-al-mondo di Carol, sarà ora da esplicitarsi lo stato di cose che, secondo un movimento di scossa tellurica, scompagina l'equilibrio, l'organizzazione psichica di salvaguardia dalla catastrofe di Carol.

Al momento in cui Carol e Colin si scambiano un fugace bacio in macchina, la situazione assume un andamento precipitoso – segnato da una netta accelerazione dell'accompagnamento sonoro. Da qui in poi l'angoscia esplode e prende il sopravvento: in cosa si concretizza dunque l'appalesarsi di tale movimento psicopatologico?

Il mondo interno si travasa nell'esterno: fino ad allora il disagio, la sofferenza, la crisi erano stati gestiti da Carol al suo interno, era riuscita a tenerseli in mente, ad esprimerli in parole relative all'invasività dell'uomo di Helen o all'angoscia di essere lasciata sola.

La follia diviene ora fenomeno pubblico. Tutto è messo in atto: sull'onda dell'angoscia, Carol non può che "fare" qualcosa: lavarsi, cercare di scuotersi di dosso ciò da cui si sente contaminata; la follia così diventa, come sempre accade, fenomeno pubblico, sofferenza che non può più trovare contenimento dentro i limiti del proprio mondo interiore ma dilaga nella condotta, nei comportamenti, rendendosi visibile nelle relazioni.

Fanno ingresso nell'esperienza psichica di Carol l'angoscia, lo smarrimento e la perplessità. Le cose cominciano ad apparire in una luce diversa e perdono i loro abituali connotati, diventano sinistre ed inquietanti: «il mondo del perplesso è un mondo non chiaro, indeterminato, impreciso, vago, in cui la comunicazione è sempre insufficiente, piena di vuoti, senza una chiara metacomunicazione o chiave, in cui la quantità d'informazione è insufficiente, troppo vasti gli aloni semantici, continui o quasi i *fading*. [...] L'esperienza della propria corporeità si mostra notevolmente inceppata, infirmata, frantumata, non solo come personalizzazione somato-psichica ma anche come coscienza in situazione. [...] La perplessità è la critica messa in questione della *Lebenswelt*, in cui appunto il soggetto non è più datore di significati, costitutore di comunicazione» (Callieri).

La vita psichica e la realtà si scollano in due foglietti: uno familiare, abitudinario, in cui Carol cerca di tenere tutto in ordine, in cui c'è

ancora spazio per la cura di sé attraverso il trucco, la scelta del vestiario, in cui Carol cammina ordinatamente sullo sfondo di strade disordinate e caotiche dove imperano i lavori in corso, in cui lavora anche se con la mente altrove; uno dove le cose non tornano più, dove lei si perde col pensiero e diventa assente, attonita, fuori dal tempo.

Sulla scorta di tale divaricazione, si apre una forbice in cui la sinistra ed enigmatica minaccia – anticipata dal volto del muratore – si fa strada: sullo sfondo il tempo si fa sentire attraverso il tormentoso ed ossessivo ticchettare di un orologio. È un tempo che procede in avanti nello scandire la vicenda, ma è anche un tempo che va all'indietro: la foto di famiglia, inquadrata nel film almeno un paio di volte, rimanda a quel passato che altro non è che il prologo. Qualcosa dal e del passato preme, fa irruzione nella vita di Carol, rompendo gli argini e dilagando; un dramma antico si sovrappone alla vicenda attuale nella quale il dramma viene ri-drammatizzato e ri-vissuto. Anche a prezzo di perdere il contatto con la realtà: «ciò che è stato abolito dentro di noi ritorna dal di fuori» (Freud, p. 396). In questo senso, la vicenda che si dipana sotto i nostri occhi è attuale, ma è allo stesso tempo la messa in scena di qualcosa di terribile che è già accaduto, nella realtà o nel mondo interno di Carol Ledoux.

Nelle vesti dell'uomo che sporca e che contamina, il mondo lindo e ordinato di Carol viene invaso e scompaginato: l'uomo sposato, sporco e invadente rende possibile l'inquinare ed il marcire: quell'uomo allora non è solo un uomo, un uomo con le sue caratteristiche, ma un oggetto, potremmo dire, portatore di disordine e confusione.

Così, all'ingresso del perturbante, le pareti cedono: a partire da una banale crepa sull'intonaco, le crepe si fanno animate, scricchiolano sinistre e minacciose. Alla fine, le pareti diventano molli, cedevoli, fanno addirittura acqua.

Carol e la sorella non riescono più a fare corpo unico, non riescono a tenere l'uomo fuori dalla porta: lui è manesco e volgare. Helen se ne lascia catturare: tutto si sporca e si corrompe.

Solo alla fine del film, al culmine del percorso nella follia e nell'umano dramma, accade qualcosa: non la soccorre la sorella, sgomenta ed atterrita, ma Micheal, l'uomo di Helen che finalmente la prende in braccio e la porta in salvo. L'unico che a suo modo aveva colto la sua sofferenza.

## BIBLIOGRAFIA

Buber M.: *Il principio dialogico e altri saggi.* Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo (Mi), 1962

Callieri B.: *Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*. Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2001

Canova G. (a cura di): *Enciclopedia del cinema*. Garzanti, Milano, 2002

Curi U.: *La forza dello sguardo.* Bollati Boringhieri, Torino, 2004

De Martino E.: *Morte e pianto rituale nel mondo antico*. Bollati Boringhieri, Torino, 1958

Freud S.: *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (caso clinico del presidente Schreber)* (1910), in *Opere*, VI, pp. 333-406. Bollati Boringhieri, Torino, 1974

Heidegger M.: *Essere e tempo* (1927). Classici Utet, Torino, 1975

Jaspers K.: *Psicopatologia generale* (1913). Il Pensiero Scientifico, Roma, 1959

Levinas E.: *Le temps et l'autre*. Quadrige, Presses Universitaires de France, 1979

Merleau-Ponty M.: *Fenomenologia della percezione* (1945). Bompiani, Milano, 1981

Minkowski E.: *La Schizofrenia. Psicopatologia degli schizoidi e degli schizofrenici* (1953), con *Introduzione* di S. Mistura. Biblioteca Einaudi, Torino, 1998

Poggi S.: *Husserl e la fenomenologia*. Sansoni, Firenze, 1973

Rossi Monti M. (a cura di): *Percorsi di psicopatologia. Fondamenti in evoluzione.* FrancoAngeli, Milano, 2001

… : *Forme del delirio e psicopatologia*. Raffaello Cortina, Milano, 2008

Scandola A.: *Roman Polanski*. Editrice Il Castoro, Milano, 2003

Scharfetter C.: *Psicopatologia generale*. Giovanni Fioriti, Roma, 2002

Schutz A.: *Il problema della rilevanza*. Rosenberg & Sellier, Torino, 1970

Stanghellini G.: *Antropologia della vulnerabilità*. Feltrinelli, Milano, 1997

… : *Psicopatologia del senso comune*. Raffaello Cortina, Milano, 2006

Wittgenstein L.: *Pensieri diversi* (1977). Adelphi, Milano, 1980

Dr.sa Alessia Fusilli
Viale Vittoria Colonna, 48
I-65100 Pescara
alessia_fusilli@live.it

# DÉPRESSION ET DOULEUR, DÉPERSONNALISATION ET RE-PERSONNALISATION

M. MUSALEK

## I. INTRODUZIONE
*di Arnaldo Ballerini*

Sono lieto dell'opportunità che COMPRENDRE mi offre di premettere qualche riga al testo di Musalek, e non solo per il caldo affetto e la profonda stima che mi legano all'Autore, ma perché egli qui ci propone un punto cruciale per ogni psicopatologia: il senso del corpo. E lo fa attraverso un approccio empirico al legame fra dolore fisico ed esperienze depressive, e al rapporto con il sentimento del Sé.

L'avere e l'essere un corpo, i diversi modi dell'esperienza del corpo, la sua significatività ed assieme la sua opacità, sono così profondamente costitutive della presenza umana in tutte le sue declinazioni, che non vi è psicopatologo che non si sia occupato del tema della corporeità. Ed io dico "corporeità", traducendo così il termine *Leiblichkeit*, perché mi riferisco non al corpo dell'anatomia o anche della neurofisiologia, per importante che sia per la psichiatria questo ambito della ricerca empirica, ma ad un piano – quello della psicopatologia fenomenologica – nel quale la stessa distinzione fra "psiche" e "corpo", se si vuole la cartesiana separazione fra *rex cogitans* e *rex extensa*, non ha corso perché ci si riferisce al corpo vissuto come correlativo ai modi di essere, «alla maniera con cui la presenza si progetta corporalmente», scriveva D. Cargnello (1966).

Non si può, credo, avvicinarci al tema del vissuto del proprio corpo

in psicopatologia, dalle modificazioni più atmosferiche alla massiccia negazione del corpo nella sindrome che J. Cotard descrisse nel 1880, senza qualche considerazione sull'aspetto di ambiguità del corpo, come Enzo Agresti ed io si puntualizzava (1968).

In effetti non si può affermare che i ricchissimi studi fenomenologici sul tema del corpo abbiano esaustivamente chiarito gli aspetti costitutivi della corporeità.

Certo, la funzione sensoriale è il ponte fra la nostra intenzionalità e il mondo intenzionato, fra "noesi" e "noema". Il corpo è allora lo psichico che si materializza: poiché la coscienza è in realtà un continuo esser proteso verso il mondo, un inerire alla cosa attraverso la mediazione del corpo: il corpo diviene un mezzo, non un soggetto né un oggetto.

Ho ricordato come ci sia sembrato un errore metodologico in psicopatologia accettare l'"ambiguità" del corpo sulla base di una rigida distinzione dicotomica fra corpo-oggetto e corpo-soggetto. Esiste cioè un "corpo unico" che può essere esplicitato secondo varie prospettive: in psicologia e psicopatologia non potrà mai esistere un corpo che sia del tutto "oggetto" o del tutto "soggetto".

Invero in ogni momento ci troviamo a dover fare i conti con il nostro corpo, con la sua limitatezza, con la sua fragilità, con le pulsioni istintuali che ne derivano. In ogni momento, consciamente o inconsciamente, dobbiamo lottare con esso o sottometterci ad esso: sempre dobbiamo in qualche modo subire quanto dalla materialità "nostra" ci proviene e che siamo costretti ad "essere".

Il corpo è l'idea limite, ma è anche il limite insuperabile dell'idea. Forse la psicopatologia del vissuto corporeo va anche vista in questa prospettiva; il corpo è l'espressione della nostra limitatezza, in quelle circostanze nelle quali ci troviamo: esso le esprime, le caratterizza, le significa. Noi ci troviamo, più spesso di quanto si possa supporre, di fronte al simbolo materiale della nostra esistenza, e quando questa in qualche modo fallisce, il corpo è il veicolo di questo fallimento.

Così nella patologia le anomalie del vissuto corporeo, e anche il dolore fisico, possono essere un modo di esprimere, di vivere e di manifestare quel particolare significato psicotico. In questo senso il corpo è sempre qualcosa di psichico, e lo è tanto più quanto lo psichico si manifesta nei suoi aspetti negativi, perché già in partenza la materialità corporea è limitazione, ostacolo e, spesso, necessità irrazionale.

## II. DÉPRESSION ET DOULEUR, DÉPERSONNALISATION ET RE-PERSONNALISATION

L'examen des éventuelles relations existant entre dépression et douleur nous amène à poser trois questions cruciales: dépression et douleur apparaissent-elles ensemble (plutôt que tout simplement par hasard) plus souvent qu'on ne le supposerait? S'il existe en effet un rapport étroit entre les deux, reste à savoir laquelle apparaît la première: la dépression est-elle une conséquence ou bien au contraire un agent provocateur de la douleur? Et dans ce cas, la troisième question sera de savoir quels sont les mécanismes psychopathologiques responsables de l'apparition de syndromes douloureux durant des états dépressifs.

Sur la base de données empiriques, la pratique médicale démontre qu'on observe fréquemment des états douloureux chez des patients dépressifs, le syndrome douloureux dominant le tableau clinique ou l'accompagnant seulement (Corruble, Guelfi ; Furst, Manning). Il est bien évident que la douleur constitue une expérience négative et que, par conséquent, il est tout à fait possible que les syndromes dépressifs résultent de syndromes douloureux chroniques. Il s'agit cependant de voir si, en revanche, des syndromes dépressifs peuvent être à la base de la douleur (Blackburn-Munro G. et R.E.). Pour les psychiatres, les concepts «somatisation», «troubles somatoformes» et «dépression larvée», qui se manifestent sous forme de douleur, sont bien connus (Birket-Smith). Ces concepts se basent sur l'hypothèse selon laquelle un processus dépressif sous-jacent (n'étant pas reconnu comme tel, ou bien non reconnaissable) peut entraîner un syndrome douloureux chronique.

Contrairement au nombre important de considérations théoriques, on ne dispose pratiquement pas d'études empiriques sur la fréquence des dépressions, en particulier sur les syndromes dépressifs majeurs dans le cadre du syndrome douloureux chronique. Cela pourrait s'expliquer par le fait que des patients ayant des douleurs chroniques consultent en premier lieu des médecins non psychiatres, comme des spécialistes de médecine interne, des anesthésistes, chirurgiens, dermatologues ou gynécologues. Il ne faut en effet pas oublier que le syndrome dépressif appartient au groupe de maladies les plus méconnues ou faussement diagnostiquées en médecine générale. Par contre, les psychiatres susceptibles de faire des études sur la dépression et la douleur sont consultés principalement par des patients hautement sélectionnés présentant des syndromes douloureux, mais également d'autres symptômes de maladies mentales ou des problèmes interactionnels majeurs.

Cette situation insatisfaisante a été le point de départ de nos études empiriques menées auprès des patients souffrant de syndromes doulou-

reux chroniques, qui ont été transférés dans notre service de psychodermatologie au Département de dermatologie à l'université de Vienne (Musalek, 2002; Musalek *et al.*, 2001 et 2002). Il s'agit ici d'un service de liaison psychiatrie-dermatologie où les dermatologues envoient des patients souffrant de différentes formes de syndromes douloureux chroniques *sine materia*, tels que la glossodynie (sensation douloureuse sur la pointe ou les bords de la langue), la vulvodynie (dans la région génitale de la femme), la scrotodynie (dans la région génitale de l'homme) ou l'anodynie (dans la région anale). Dans ce service, les malades sont vus initialement à la fois par un psychiatre et un dermatologue, tous deux aussi psychothérapeutes (Musalek, 2002). Les patients ne sont pas transférés en raison de la symptomatologie psychiatrique – qui reste le plus souvent méconnue –, mais parce que les dermatologues ne sont pas en mesure d'expliquer la douleur chronique.

Dans toutes nos études, une nette prépondérance des états dépressifs a pu être constatée chez des patients souffrant de douleurs chroniques: 80% environ présentaient un symptôme dépressif typique et plus de 30% des signes d'une dépression majeure (Zoghlami *et al.*). Des résultats comparables ont pu être obtenus chez des patients souffrant d'un prurit chronique (qui peut être considéré comme un syndrome douloureux de faible intensité) : les deux tiers environ des patients examinés souffraient d'une dépression majeure (Musalek *et al.*, 1999 ; Musalek *et al.*, 2002). Ces résultats confirment ceux d'autres équipes de recherche qui ont également trouvé une relation entre dépression et douleur (Kuck; Wilson *et al.*).

Le haut pourcentage de syndromes dépressifs constatés chez des patients souffrant d'une douleur chronique ne renseigne pas sur la chronologie dans l'apparition des symptômes. Ce sont avant tout des études thérapeutiques, au cours desquelles les patients souffrant de douleurs sont traités par antidépresseurs, qui peuvent élucider ce problème. Si la symptomatologie, non seulement dépressive mais aussi douloureuse, diminue, il est possible d'en conclure avec quelque certitude que la symptomatologie dépressive n'est pas seulement une réaction au syndrome douloureux mais également un facteur préalable à l'apparition de ce symptôme. De telles études doivent cependant être interprétées avec circonspection, étant donné que la plupart des antidépresseurs ont aussi un effet analgésique (Verma, Gallagher). C'est la raison pour laquelle nous n'avons inclus, dans nos propres études thérapeutiques, que des patients continuant à souffrir de douleurs, même sous une thérapie analgésique adéquate. Étant donné que l'effet analgésique des antidépresseurs peut être considéré comme plus faible que celui des analgésiques classiques, une réaction positive à la thérapie antidépres-

sive ne peut pas être seulement imputée à leur effet analgésique. Dans toutes nos études thérapeutiques, une réponse positive des antidépresseurs à la symptomatique à la fois dépressive et douloureuse a pu être observée, ce qui permet de conclure que la dépression peut être considérée comme une maladie préalable à l'apparition de ce syndrome douloureux (Zoghlami *et al.*).

Tous les résultats des études mentionnées ont montré assez clairement que, premièrement, il existait une étroite relation entre la douleur et la dépression et que, deuxièmement, la dépression n'était pas seulement une conséquence de la douleur mais pouvait aussi être à la base de celle-ci. La troisième question est alors justifiée, à savoir quelles sont les explications possibles ou bien quels sont les mécanismes psychopathologiques responsables de l'effet provocateur de la douleur? Il n'existe pas de données empiriques permettant d'expliquer que la dépression peut produire la douleur, cependant, l'expérience clinique démontre clairement que la dépression peut avoir un effet sur la douleur, l'intensifiant et la catalysant (Marazziti *et al.*). Les ouvrages traitant des syndromes douloureux mentionnent seulement un nombre réduit de facteurs susceptibles d'augmenter la douleur, dont l'un est le foyer d'attention: plus le sujet se concentre sur la douleur, plus la douleur devient intense. Il existe bien sûr une relation étroite entre le fait que la douleur devienne de plus en plus intense et l'intensité de la lésion elle-même. Dans ce contexte, il faut souligner que des facteurs chroniques de stress et le manque d'habitude peuvent accroître la douleur – et tout particulièrement le manque de mécanismes adéquats de *coping* (ou bien l'existence de mécanismes inadéquats). Traiter tous les facteurs pouvant expliquer comment une dépression intensifie et catalyse la douleur dépasserait le cadre de cet article. C'est pourquoi seul l'un de ces mécanismes inadéquats de *coping* pouvant jouer un rôle dans la genèse des syndromes douloureux chroniques fera l'objet des considérations ci-dessous.

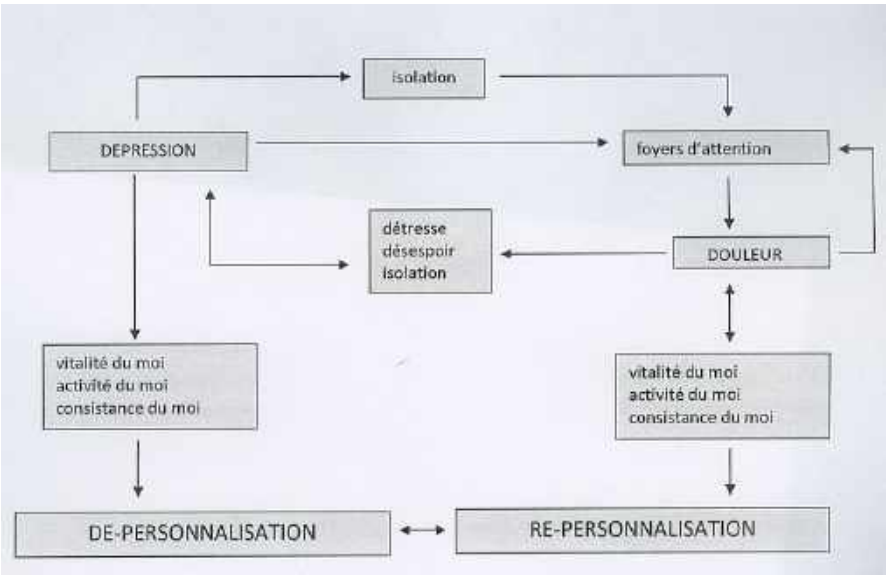
À côté des syndromes douloureux, il existe encore un autre phénomène souvent associé à des états dépressifs, à savoir le phénomène psychopathologique de la dépersonnalisation (Aderibigbe *et al.* ; Lambert *et al.*). La dépression peut diminuer la conscience de la personnalité, ce qui conduit à des multiples phénomènes de dépersonnalisation. Suivant la définition d'Ayd, la dépersonnalisation constitue un syndrome non spécifique, où la perception ou l'expérience du moi se voit modifiée de telle sorte que le malade a l'impression d'avoir perdu son identité et que son corps lui devient différent et irréel. Scharfetter distingue sept dimensions de dépersonnalisation différentes, les principales étant la perte ou la diminution de la «vitalité du moi» (*Ich-Vitalität*),

de l'«activité du moi» (*Ich-Aktivität*) et de la «consistance du moi» (*Ich-Konsistenz*). «Vitalité du moi» signifie «être conscient d'exister», ce que Jaspers appelait *Daseins Bewusstsein.* C'est justement ce sentiment que perdent les patients qui souffrent d'une sévère dépression présentant des caractéristiques nihilistes. Ils se croient inexistants, ils se sentent morts. C'est la forme la plus sévère de dépersonnalisation. La perte ou trouble de l'activité du moi constitue une forme moins grave de la dépersonnalisation. Par «activité du moi», nous entendons le fait d'être conscient de faire quelque chose, de sentir quelque chose. (C'est bien moi qui parle, qui écrit ou qui bouge.) Le concept de Scharfetter relatif aux troubles de «l'activité du moi» (*Störungen der Icli-Aktivität*) ressemble à celui de Jaspers (*Störungen des Vollzugsbewuetseins*) et à celui de Kurt Schneider (*Störungen der Meinhaf*tigkeit). La troisième dimension ou «consistance du moi» (*Idr-Konsistenz*), ce sont les expériences qui font que nous sommes conscients de former une unité avec toutes nos parties. Nos bras sont bien nos bras, éléments constitutifs de notre unité. Sous un point de vue cellulaire, nous ne sommes pas un assemblage de cellules mais ce sont nos cellules qui nous constituent comme unité.

Toutes ces formes de dépersonnalisation peuvent être la conséquence d'une dépression, et elles correspondent à la sévérité de cette dépression. Des dépressions d'un degré faible ou modéré ne peuvent entraîner que des troubles de la «consistance du moi», celles d'un degré modéré ou sévère des troubles de l'«activité du moi» et, dans des cas très sévères, des troubles de la «vitalité du moi» peuvent même apparaître. Le plus souvent, ces phénomènes ne sont pas évidents et les patients n'en parlent pas. C'est pourquoi une exploration et un diagnostic différentiel s'imposent afin de pouvoir reconnaître tous les phénomènes de la dépersonnalisation.

Quelles sont donc les relations possibles entre dépression, douleur et dépersonnalisation? Ainsi que nous l'avons déjà mentionné, la dépression ne produit certainement pas la douleur en soi. Un syndrome douloureux ou une forme de douleur doit donc exister au départ. D'une certaine manière, nous éprouvons toujours de la douleur ou bien nous sentons quelque chose dans le corps. D'habitude, nous n'y prêtons pas attention, d'autres choses étant plus importantes à ce moment-là. Si cependant nous nous concentrons sur ce phénomène, la douleur devient dominante, ce qui est le cas spécialement dans des phases dépressives (Berner; Janzarik). L'intérêt porté à l'environnement diminue dans la mesure où l'attention donnée au corps et aux sensations corporelles augmente, ce que Kurt Schneider appelait «rejet sur son propre corps» (*Zurück Gewor fenheit auf die eigene Dryer Lichkeit*). Ce sont également l'isolation sociale et l'aliénation, observées très souvent chez

des dépressifs, qui provoquent un détournement de l'attention et une concentration accrue sur leur propre corps. Les patients qui sont socialement isolés se concentrent en effet de plus en plus sur leur corps (Musalek, 1991; Leclero, Musalek), ce qui fait que leur sentiment de douleur augmente. Étant donné que la douleur nous rend désemparés et sans espoir, la symptomatologie dépressive se voit accrue. Cette aggravation renforce l'isolation sociale et l'aliénation, ce qui à son tour fait augmenter la douleur. De cette façon un cercle vicieux s'établit (figure ci-dessous).




D'autre part, la douleur améliore également le sentiment de vitalité du moi, de l'activité du moi et de consistance du moi. La douleur aide les patients à mieux sentir leurs propres corps, à se vivre eux-mêmes. Rappelons ici les patients souffrant de maladies mentales chroniques qui se blessent eux-mêmes afin de retrouver la sensation de leur corps, de sortir de leur état de dépersonnalisation et de revenir dans la réalité. La douleur entraîne une re-personnalisation et compense la dépersonnalisation causée par la dépression. Cela pourrait expliquer pourquoi de nombreux patients souffrant de douleurs *sine materia* semblent lutter pour que leur douleur persiste et donnent l'impression de ne pas vouloir la perdre. Ainsi, l'idée du «gain par la maladie» (*Krankheitsgewinn*) (Faust), souvent invoquée à propos de malades souffrant d'une douleur chronique, acquiert une nouvelle importance. Ce gain par la maladie

n'est pas seulement dû au fait que le malade obtient plus d'affection de la part de son environnement en raison de sa souffrance, mais, surtout, à la compensation des expériences de dépersonnalisation déclenchées par la dépression. La douleur devient alors un instrument de lutte contre la perte menaçante du moi, une force permettant de combattre la dépersonnalisation et d'amener une re-personnalisation (figure ci-dessus). La douleur garde le dépressif dans sa réalité du moi et, si cela s'avère nécessaire, le reconduit. Plus la douleur augmente, plus la dépersonnalisation diminue: dans la mesure où la dépression et les phénomènes accompagnant la dépersonnalisation s'intensifient, la douleur doit aussi s'intensifier aussi comme moyen de compensation à cette re-personnalisation. Cela n'est pourtant vrai que pour certains degrés de dépression. S'il s'agit de dépressions sévères s'accompagnant en général de signes prononcés de dépersonnalisation, on observe rarement des syndromes douloureux – souvent, les patients rapportent ne plus pouvoir rien sentir, ils restent également insensibles aux douleurs infligées. Dans les cas de dépression aussi sévères, c'est évidemment tout le système de contre-régulation qui décompense. Il n'est plus possible de tenter une re-personnalisation par l'expérience du corps, parce que celui ci n'est plus perçu comme tel. Cela pourrait également expliquer que les phénomènes de somatisation allant jusqu'à l'hypocondrie et au délire hypocondriaque s'observent seulement dans le cas de dépressions d'un faible degré ou degré modéré (qui, souvent, à leur tour, ne sont pas diagnostiquées par le non-spécialiste) (Janzarik, 1959; Musalek, 1989; Berner, Musalek). S'il s'agit par contre de dépressions sévères, les mécanismes de compensation ne semblent plus fonctionner, ce qui conduit à l'abandon du propre moi.

En conclusion, on peut dire que dans la pratique clinique, on observe une interaction complexe entre douleur et dépression, dépersonnalisation et re-personnalisation. Quant aux trois questions posées en guise d'introduction, il convient de répondre à la première par l'affirmative; dépression et douleur sont en effet en étroite relation. Naturellement, la dépression peut constituer une réaction à la douleur mais elle peut également être le point de départ du syndrome douloureux en renforçant celui-ci. En règle générale, c'est une action réciproque que l'on peut observer entre douleur et dépression. Il aurait alors fallu poser la deuxième question d'une autre manière – à savoir, quelle interaction? La troisième question enfin concernait les mécanismes psychopathologiques responsables de l'interaction entre les symptômes dépressifs et douloureux. L'un de ces mécanismes, auquel il faut attribuer une importance particulière, est évidemment la dichotomie dépersonnalisation/re-personnalisation.

## BIBLIOGRAPHIE


Aderibigbe Y.A., Bloch R.M., Waiker W.R.: *Prevalence of depersonalization and derealization experiences in a rural population*. SOC PSYCHIATRY PSYCHIATR. EPIDERNIOL., 2001, 36(2): 63-69

Ayd J.-R.F.: *Lexicon of Psychiatry, Neurology and the Neurosciences*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1995

Berner P.: *Psychiatrisdre Systeutatik*. Huber, Bern,1982

Berner P., Musalek M.: *Schizophrenie und Wahnkrankheiten*, in Platt D. (hrsg.): *Handbuch der Gerontologie*, Bd. 4. Gustav Fischer, Stuttgart, 1989.

Blackburn-Munro G., Blackburn-Munro R.E.: *Chronic pain, chronic stress and depression: coincidence or consequence?*. JOURNAL OF NEUROEND., 2001, XIII, 12: 1009-1023

Birket-Smith M.: *Somatization and chronic pain*. ACTA ANAESTHESIOL., 2001, XLV, 9: 1114-1120

Corruble E., Guelfi J.D.: *Pain complaints in depressed inpatients*. PSYCHO PATHOLOGY, 2000, 33, 6: 307-309

Kuch K.: *Psychological factors and the development of chronic pain*. THE CLIN. J. OF PAIN, 2001, 17: 33-38

Faust V.: *Psychiatrie*. Gustav Fischer, Stuttgart, 1995

Furst D.E., Manning D.C.: *Future directions in pain management*. CLIN. EXP. RHEUMATOL., 2001, 19 (6 Suppl. 25): 71-76

Janzarik *W.*: *Dynamische Grund Konstellationen in endogenen Psychosen*. Springer, Berlin, 1959

… : *Schizophrene Verläufe*. Springer, Berlin, 1968

Jaspers K.: *Allgemeine Psychopathologie*, 9 Auflage. Springer, Berlin, 1973

Lambert M.L., Senior C., Phillips M.L., Sierra M., Hunter E., David A.S.: *Visual Imagery and Depersonalisation*. PSYCHOPATHOLOGY, 2001, 34: 259-264

Leclero M., Musalek M.: *Délires d'infestation: Entomophobie, Acarophobie, Dermatophobie parasitaire. Psychopathologie et Thérapeutique*. REVUE MEDICALE DE LIEGE, 1992, 47: 305-313

Marazziti D., Castrogiovanni P., Ross A., Rosa C., Ghione S., Di Muro A., Panattoni E., Cassano G.B.: *Pain threshold is reduced in depression*. LAER. J. NEUROYSYCHOPHARMACOL., 1998, 1: 45-48

Musalek M.: *Les indicateurs psychopathologiques et biologiques pour la thérapeutique des délires chroniques*. PSYCHOMEDIA, 1989, 21: 1355-1359

… : *Der Dermatozoen-Wahn*. Thieme, Stuttgart, 1991

… : *Delusional parasitosis*, in J.Y.M. Koo and C.S. Lee (eds.): *Psychocutaneous Medicine*. M. Dekker Inc., New York, 2002

Musalek M., Hobl B., Mossbacher, U.: *Diagnostics in psychodermatology*. DERMATOL. PSYCHOSOM., 2001, 2:110-115

… : *Diagnostico y clasificacion en psichodematologia*, in Grimait F. et

Cotterill J.A. (eds.): *Dermatologia y psiquiatria*. Groupo Auzia Medica, S.A, 2002

Musalek M., Mossbacher U., Hobl B., Zoghlami A.: *Psychopathology of pruritus*, EADV, 1999, 12 (suppl. 2): 26-27

Scharfetter C.: *Allgemeine Psychopathologie*. Thieme, Stuttgart, 1991

Schneider K.: *Klinische Psychopathologie*. Thieme, Stuttgart, 1980

Verma S., Gallagher A.M.: *The psychopharmacologie treatment of depression and anxiety in the content of chronic pains*. CURR. PAIN HEADACHE, 2002, 6(1): 30-39

Wilson K.G., Mikail S.F., D'Edon J.L., Milans J.E.: *Alternative diagnostic* criteria *for major depressive disorder in patients with chronic pain*. PAIN, 2001, 91 (3): 227-234

Zoghlami A., Hobl B., Moosbacher U., Wolff K., Musalek M.: *Glossodynia and burning mouth syndrome at the liaison Outpatient Clinic for Psychodermatological Disorders – Urodynia, Vulvodynia and Anodynia at the Liaison Out-Patient Clinic for Psychodermatological Disorders*. DERMATOL PSYCHOSOM 1, 2000, 1:42

M.D. Prof. Musalek Michael
Karl Scheiwhofer - Gasse 8/2/20
A-1070 Vienna
AUSTRIA

# IDENTITÀ, ALTERITÀ, CULTURE

D. NAPOLITANI

## I. PREMESSE

*L'unico segno generale della pazzia è la perdita del senso comune* (sensus communis)
*e il subentrare invece del senso logico personale* (sensus privatus).
E. Kant, *Antropologia pragmatica*, p. 107

*Essa è la più violenta fra le passioni dell'uomo di natura,*
*in uno stato in cui egli non può evitare di trovarsi con gli altri in un rapporto di reciproche* [*pretese*.
*Chi può essere felice soltanto in base all'arbitrio di un altro*
*(sia poi questo tanto benevolo quanto si vuole), si sente a ragione infelice.*
p. 159

Metto in esergo queste citazioni di Kant come se ponessi all'ombra di questo gigante del pensiero moderno il mio autorizzarmi a rilanciare con forza la proposta di Binswanger di una connessione strutturale tra psicologia ed antropologia: non più due discipline confinanti e variamente intersecantesi ma due campi di osservazione di un medesimo "oggetto", l'uomo-in-azione che produce il suo ambiente specifico (la cultura) da cui ricorsivamente viene prodotto. Nel definire "pragmatica" la sua "antropologia" Kant intende sottrarla ai vincoli metafisici (i principi universali, gli "a-priori") su cui si fondano le sue tre *Critiche*, anticipando in tal modo il pensiero fenomenologico, nei suoi sviluppi non metafisici, che pone pragmaticamente il fenomeno non come og-

getto in sé ma come dato dell'esperienza che l'uomo ne fa a partire dal suo modo di interpretarlo.

C'è inoltre uno specifico motivo in questo mio richiamo a Kant, poiché in entrambe le citazioni egli allude ad un tema che fa da perno alle mie più o meno sistematiche speculazioni "antropoanalitiche" sulla linea del pensiero fenomenologico con un particolare riferimento all'opera di Ludwig Binswanger. Voglio mettere in evidenza alcune suggestive connessioni tra le anticipazioni fenomenologiche di Kant e alcuni punti chiave dell'opera di Binswanger (pp. 22-23), lì dove egli mette in crisi i paradigmi della "scienza" psichiatrica e psicologica dimostrando l'assoluta improprietà di concetti desunti dalle scienze fisiche e adattate al dominio antropologico nei termini di *normalità* (o di *sanità*) e di *devianza* (o di *malattia*)[1]:

> *Con la dottrina heideggeriana dell'essere-nel-mondo* (In-der-Welt-sein) *come trascendenza è stato eliminato il cancro che minava alla base tutte le precedenti psicologie e si è finalmente aperta la strada all'antropologia. Il cancro è rappresentato dalla dottrina della scissione del "mondo" in soggetto e oggetto. In forza di questa dottrina l'esistenza umana è stata ridotta a mero soggetto privo del suo mondo. E un "soggetto" nel quale hanno luogo tutti i possibili processi, eventi, funzioni, che ha tutte le possibili caratteristiche e compie tutti i possibili atti, senza che nessuno sia in grado di dire, salvo supporlo attraverso mere "costruzioni" teoriche, come possa incontrarsi con un "oggetto" e cominciare a intendersi con altri soggetti. Essere-nel-mondo significa sempre, per dirla in breve, essere nel mondo con i miei simili, essere con le altre esistenze* (Mitdaseiende). *Heidegger, postulando l'essere-nel-mondo come trascendenza, non soltanto ha superato la scissione tra soggetto e oggetto della conoscenza, non soltanto ha colmato lo* hiatus *tra Io e mondo, ma ha anche illuminato la struttura del soggetto come trascendenza, ha aperto un nuovo orizzonte di comprensione e ha dato impulso nuovo all'indagine scientifica sull'essere dell'uomo in genere e sui particolari suoi modi di essere. È dunque chiaro*

[1] Nella prefazione a quest'opera di Binswanger, D. Cargnello e F. Giacanelli scrivono tra l'altro: «È evidente che le formulazioni della psicopatologia classica devono essere riviste *ab imis* ove si accetti appunto che i disturbi mentali prima di essere il frutto di una turba di questa o quella funzione o anche del loro interagire e coordinarsi, sono espressione di un particolare rapporto coesistentivo o un particolare modo di essere. "Psicopatologia", si è detto ancora: ma forse è giunto il momento di cominciare a parlare di *alienistica* se si vuole finalmente superare l'ipostasi della "psiche" e accettare, come oggetto della nostra indagine, non un principio entificato ma la condizione, reale e propriamente umana, dell'essere-alienato».

> *– e ciò mi preme particolarmente sottolineare – che in luogo della scissione dell'essere in soggetto (uomo, persona) e oggetto (cosa, ambiente) subentra qui, garantita dalla trascendenza, l'unità tra persona e mondo.*

Mi sembra qui evidente la stretta consonanza tra la visione proposta da Kant nella sua *Antropologia pragmatica* e l'enunciato di Binswanger circa il fatto che la psicologia «*si è finalmente aperta la strada all'antropologia*». L'antropologia non pone a confronto le più diverse culture con un modello teorico di una cultura "normale", poiché osserva e cerca di dare un senso alla specificità di ciascuna cultura nel proprio contesto storico ed ambientale. Così la stessa civiltà occidentale, in cui la riflessione antropologica si istituisce come una disciplina autonoma, diventa materia di analisi, e la sua pretesa di essere al vertice di una gerarchia di valori tale da essere legittimata a sviluppare politiche di dominio su civiltà giudicate "inferiori" viene assunta come un carattere antropologico che necessita di essere compreso con lo steso metodo con cui vengono comprese civiltà diverse. Questa comprensione – che accade del resto in una diffusa crisi dei paradigmi scientifici "oggettivi" ed universalistici – diventa, nel suo diffondersi, un atto che contribuisce significativamente ad aprire e a rafforzare circoli dialogici e cooperativi tra intere collettività esposte a reciproche intolleranze fino al punto di reciproci sterminii.

La materia specifica delle scienze psicologico-psichiatriche è la mente, che linguisticamente propone un'irrisolvibile aporia: essa è una materia *sine materia*, è la "cosa" di cui si occupano la scienza, la religione, la filosofia, ciascuna descrivendola secondo il proprio specifico contesto culturale e storico, assumendo, poi, la propria descrizione come presentazione di una *cosa realmente vera* che rende false le presunzioni di verità affermate da altre discipline. Se allora scaviamo nelle radici linguistiche di questa misteriosa parola troviamo che l'unico modo in cui essa si declina come atto è "mentire" (Napolitani, 1997): la mente (soggetto grammaticale) *mente* (predicato verbale), in accordo con l'etimologia (Devoto) che ci dice: «Dal latino tardo mentire, derivato di *mens mentis* "mente", dapprima col significato d'"immaginare", poi "fingere", quindi "mentire"». Inoltre, come suffisso (*-mente*) essa è l'ablativo di *mens*, *mentis* e descrive il modo con cui un atto o un comportamento appare all'osservatore: così se dico «egli si comportò "sanamente" o "giocosamente"» pretendo che tutti credano al mio modo di intendere quel comportamento come se esso fosse oggettivamente intenzionato in modo sano o in modo giocoso. Infine, declinato come altro suffisso (*-mento*), si formano sostantivi maschili deverbali che indi-

cano un'azione o il suo effetto (arredamento, cambiamento, movimento, versamento e simili). Possiamo dire che solo in quest'ultima sua declinazione la radice mente acquista una concretezza empirica a cui poi vengono date interpretazioni che variano a seconda delle sintassi di cui si servono.

L'antropologia è quella disciplina che ha come oggetto le azioni dell'uomo (la cultura nelle sue forme rituali, istituzionali, e nelle credenze su cui queste si formano) e nel momento in cui la psicologia si dispone a considerare l'uomo nella sua intenzionalità, che trascende la sua concreta fisicità per connetterlo intimamente col mondo, finisce con l'abbandonare paradigmi e sintassi di altri saperi disciplinari per affrontare antropologicamente l'esistenza dell'uomo, il che significa la sua cultura. Ricordo qui Mario Trevi (pp. 16 e 17):

> *L'unica vera critica di Jung a Freud – l'unica critica che si approfondisce nel tempo e che si dimostra fruttuosa per una prospettiva storicistica della psicoanalisi – è quella basata sull'inconsapevolezza di Freud circa l'antropologia filosofica che la sua dottrina inevitabilmente presuppone* […] *in realtà sarebbe difficile circoscrivere questa antropologia* [*quella freudiana*] *cui sembrano concorrere tanto il materialismo metafisico e il pessimismo hobbesiano quanto la tradizione empirista e lo scientismo positivistico. Quel che qui si vuole riproporre è il valore dell'assunto junghiano circa l'imprescindibilità di un presupposto antropologico a ogni possibile teoria psicologica.*

Se il modo specifico di essere dell'uomo è il suo trascendersi nel mondo (il *Mit-dasein* heideggeriano) dobbiamo sottrarre il concetto di trascendenza dall'ambito metafisico (il trascendersi in un *altro* mondo, un *trasumanare* come un andare oltre la natura umana, di cui Dante dice «*Trasumanar significar per verba Non si poria*») per trovare un metodo che ci consenta di *comprendere* questo prodigioso fenomeno come carattere specifico della natura umana a contatto con il suo ambiente fisico e mentale. Un grande fisico, Arthur Eddington ci dice a tal proposito (p. 174):

> *Abbiamo visto che là dove la scienza ha compiuto le massime conquiste, lo spirito ha ricevuto dalla natura ciò che egli stesso le aveva prestato: dai lidi dell'ignoto abbiamo scoperto un'orma misteriosa. Abbiamo escogitato l'una dopo l'altra profonde teorie per riuscire a scrutarne l'origine. Alfine siamo riusciti a ricostruire l'essere da cui quell'orma deriva. Ed ecco: quell'orma siamo noi stessi.*

Eppure fino ad oggi, prevalentemente, psicologie e psichiatrie erigono le loro costruzioni teoriche e le loro tecniche "terapeutiche" ponendo l'incomprensibilità di ideazioni e di comportamenti come espressioni sintomatiche di una mente guasta: in medicina un sintomo rimanda univocamente ad un organo ed a sue eventuali disfunzioni e, se questo rimando lascia lacune di senso, la scienza medica interroga se stessa nella ricerca di strumenti conoscitivi che possano colmare queste lacune. In una prospettiva antropo-analitica l'incomprensibilità della schizofrenia, al contrario, non è un sintomo di una presunta malattia, ma è la dichiarazione di un difetto di comprensione dell'osservatore di questo fenomeno.

Se facciamo una diagnosi psicologica significa che rileviamo in qualcuno un comportamento "strano", cioè *estraneo* rispetto ai confini del senso comune di cui siamo in qualche modo "militanti", e, come tali, ci serviamo degli strumenti di un potere scientifico forte, quale è la medicina, per nominare il nostro sentimento di estraneità, come se fosse un carattere dell'"oggetto" in esame, con il lessico medico: parliamo allora di quel comportamento come di un sintomo di una qualche malattia per la quale coniamo nomi di fantasia che per lo più rimandano etimologicamente ad un essere fuori dai confini del territorio che "logicamente" abitiamo. Ad esempio: *delirio* significa fuori dal solco (in latino *lira*), *schizofrenia* significa mente separata (dalla nostra comunità), *dis-sociata* perché non con-sociata, *ossessione* significa essere assediati (dal latino *obsidēre*) da un potere estraneo, con allusione al potere demoniaco, e così via. Ma nell'uso di questi termini viene smarrito il loro carattere comparativo (l'estraneo a confronto con il famigliare) per assumere un carattere denotativo di un oggetto di osservazione, analogamente a quel che indicano termini medici come polmonite, neoplasia, setticemia, ecc. E su queste nominazioni si costruiscono sistemi nosografici per cui *dissociazione* significa un supposto mancato raccordo tra funzioni della mente dell'oggetto osservato, così come il delirio è l'uscire dalle righe dell'unica logica pensabile (quella nostra con cui osserviamo e giudichiamo) di una mente oggettivamente guasta, e così via.

Mentre il sintomo in medicina appare al giudizio dell'osservatore indipendentemente dal contesto esistenziale del malato, è proprio questo contesto che rende un comportamento comprensibile e quindi condivisibile oppure tanto incomprensibilmente estraneo da dover essere combattuto come un male che minaccia la quiete domestica della comunità cui apparteniamo e di cui ci costituiamo come i vigili custodi (Foucault). Possiamo, ad esempio, ben dire che la certezza irriducibile sulla verità dell'esistenza di un ente invisibile, un Dio o un diavolo, si presenti con la medesima fenomenologia di un delirio "laico", e che i

riti connessi a questa certezza si presentino con i medesimi caratteri coattivi di qualsiasi altro evento ossessivo, e che l'umore penitenziale di chi si autoinfligge i più crudeli sacrifici (magari fino al sacrificio estremo di sé) non è meno nero dell'umore del malinconico, e così via. Ma se noi comprendiamo, perché culturalmente condividiamo, le pratiche inscritte in un'istituzione religiosa, esoneriamo i "fedeli" da ogni connotazione diagnostica e risparmiamo loro ogni nostro affanno terapeutico.

Kant sviluppando l'enunciato da me riportato in epigrafe sostiene che in qualsiasi forma di disordine mentale, nel senso di un prevalere di un *senso privato*, si può rilevare una

> *"sragionevolezza positiva", cioè un'altra regola, come se l'anima fosse "spostata" in un punto dal quale vede tutti gli oggetti diversamente, e si trova in un luogo lontano da quel* sensorio communi *che è necessario per l'unità della vita.* […] *Ma è* degno di meraviglia *il fatto che le forze dell'animo messe in disordine si compongano tuttavia in un* certo sistema*, e che la natura cerchi di portare anche nella sragionevolezza un* principio di collegamento*, affinché il pensiero, quand'anche non possa giungere obiettivamente alla vera cognizione delle cose, pure dal lato soggettivo non rimanga inerte appoggio alla vita animale*». [corsivo mio]

A. Gaston riprende la prospettiva kantiana sostenendo che

> *ci accorgiamo con "meraviglia", appunto, che tutto il mentale continua a comporsi in un certo sistema e che, al di là del disordine immediato, esiste una tendenza a un altro ordine, un rimando a un altro livello di senso, che afferriamo intuitivamente, ma con il quale non riusciamo a stabilire una relazione significativa. Questo diverso livello di senso si coniuga, come l'osservazione clinica ci mostra quotidianamente, sotto il rigido cono d'ombra del senso privato, logico e, bisogna aggiungere, emozionale. Dalla perplessa, angosciosa e totale me-concernenza dell'esperienza delirante alla monotona e vuota lamentela sulla perdita del depresso, dall'incombenza somatica dell'ipocondriaco alla rabbiosa ripetitività dell'ossessivo, la più o meno profonda prevalenza del* prìvatus *sul* communis*, nota o ignota, voluta o subita, parziale o totale, ci* disloca *in un altro luogo nel quale la nostra continuità si colora più o meno intimamente di alienità.*

Il *certo sistema* che viene proposto da queste citazioni non è creato *ex-novo* da chi è sottratto alle norme del senso comune, ma è trasposizione

nella *realtà presente* del soggetto di una sua *realtà storica*: questa realtà consiste nella normalità, o *normatività*, che ha caratterizzato il complesso sistema relazionale originario a cui il soggetto è rimasto fedele. Narciso fu segnato, nella sua breve vita, dall'intenzionalità materna che il mito vuole modulata sull'ammonimento di Tiresia («*Tuo figlio vivrà fin tanto che non conoscerà se stesso*», il che significa «*fin tanto che rimarrà raccolto nel grembo coscienziale di te madre*») e, ligio a questa "norma", evitò qualsiasi relazione conservandosi in una solitudine che potremmo chiamare "autistica". Fino al giorno in cui rispecchiandosi come d'abitudine in uno specchio d'acqua non vide questo increspars per un soffio dispettoso di Zefiro, il vento di primavera, e vide quindi scomparire la sua immagine fusa con l'acqua: non più, in questa immagine, un Narciso *riflettente* la sua condizione esistenziale di un tutt'uno con l'intenzionalità materna, ma, improvvisamente, un lui stesso *riflessivo* sulla propria auto-nomia, sul suo sapere di sé emergente dalla norma che lo aveva fin lì condotto. L'insopportabile angoscia per questa lacerazione lo indusse a trafiggere il suo cuore e a morire. Questa versione del mito è preferita da Graves rispetto all'altra più diffusa per cui Narciso, innamorato della propria immagine, nel tentativo di congiungersi ad essa abbracciandola, finì con l'annegare. Freud adottò questa vulgata che, non tenendo conto del mito nella sua interezza – e di conseguenza del *senso privato* del comportamento di Narciso come riassunto nel monito di Tiresia –, si prestava ad essere utilizzata come solenne testimonianza della pulsione libidica rivolta al proprio corpo piuttosto che ad un oggetto esterno.

Il carattere tragico dell'apertura dell'esserci alla conoscenza permea tutta la cultura e la mitologia dell'antica Grecia, nei termini dell'Eroe che sfida il destino (*moira*) o perseguendo un suo personale progetto di mondo o cercando di sottrarvisi con avventurose strategie (Napolitani, 2003). Ma il destino non *soccombe* al libero arbitrio dell'uomo ma *incombe* su di lui fino a costringerlo ad uniformarsi al proprio immutabile disegno, al suo essere l'*Uguale* nel suo "eterno ritorno" (Nietzsche, 1882-1886). Un profondo mutamento nella visione del rapporto tra uomo e destino si annuncia nel mito biblico dove la prima donna, Eva, si lascia sedurre dal proprio *daimon* per accedere nel sapore di un frutto proibito alla conoscenza di sé, della differenza di genere dell'Altro da sé, della scoperta della comune creatività esposta alla fatica del lavoro, al dolore del parto, ad un consapevole orizzonte di mortalità. Lo stesso Freud concepisce il destino come una configurazione del potere determinante del Super-io sulla vita del soggetto umano, per cui afferma (1924):

> *Ma tutti coloro che attribuiscono il governo del mondo alla Provvidenza, a Dio, o a Dio e alla Natura, destano il sospetto di considerare ancor sempre queste potenze ultime e remote come una coppia di genitori (in senso mitologico) e di sentirsi ad esse legati da vincoli libidici.*

Ma per Freud si tratta pur sempre di una faccenda fisica, "economica", nel gioco tra le pulsioni dell'oggetto-psiche quanto istituisce l'istanza morale, dovunque la si "proietti" e quale che sia il suo modo di declinarsi nell'esistenza del soggetto, tanto da nominare "nevrosi di destino" quell'insieme di comportamenti che si riassumono nella diagnosi di masochismo, per cui specifica (*ibid.*):

> *Il masochismo induce nella tentazione di commettere azioni "peccaminose", che dovranno poi essere espiate o sopportando i rimproveri della* coscienza sadica [corsivo mio] […] *o tollerando i castighi inflitti da quella grande autorità parentale che è il destino. Per provocare la punizione di quest'ultimo rappresentante dei suoi genitori, il masochista deve agire in un modo dissennato e contro i propri interessi, deve distruggere le prospettive che gli si aprono nel mondo reale, ed eventualmente deve distruggere la propria reale esistenza.*

L'accenno che Freud fa qui alla "coscienza" non rimanda dunque al *cum-scire* originario, alla dimora (in greco *ethos*) costruita dalle persone fisiche della famiglia insieme al neonato con i suoi dispositivi protomentali, ma esprime una fantasiosa costruzione "scientifica" dell'etica esclusivamente sulla base di energie pulsionali solipsisticamente prodotte dal figlio ed immaginariamente elaborate lungo le diverse età della sua vita.

Il senso privato di cui ci parla Kant e che viene ripreso da Gaston per designare l'alienità di alcune esistenze o di particolari comportamenti rispetto al senso comune si riferisce al contrario ad esperienze relazionali che hanno *concretamente*[2] caratterizzato la dimora originaria, ovviamente con una predominanza delle logiche emozionali, delle intenzionalità dell'ambiente rispetto alla relativa "semplicità" delle codeterminazioni del neonato. Fin tanto che queste esperienze non vengono esposte ad una conoscenza riflessiva esse persistono come il fondamento del senso privato che modula, in parte o *in toto*, ogni successiva esperienza di rapporto dell'individuo con il mondo.

[2] *Concretum* è il participio passato del verbo *concrescere*, che ha la medesima radice del verbo *creare.*

## II. COSCIENZA

*La coscienza è qualcosa di cui conosciamo il significato*
*finché nessuno ci chiede di definirla.*
G. Edelman

*Se spiegare la mente è l'estrema frontiera della scienza della vita,*
*spesso la coscienza pare l'estremo mistero nella spiegazione della mente.*
*Per alcuni è un mistero insolubile.*
A.R. Damasio

*Invece di cercare di trovare un "ingrediente in più"per spiegare come la coscienza emerga dalla materia e dal cervello, la mia proposta riformula il problema nei termini di un tentativo di trovare delle connessioni significative tra due irriducibili domini* [*fenomenici.*

*La riduzione fenomenologica non "scopre" qualche territorio oggettivo,*
*ma produce piuttosto nuovi fenomeni all'interno del dominio esperienziale,*
*con uno schiudersi di molteplici possibilità.*

*La seconda sfida lanciata dalla mia proposta* [*la neurofenomenologia*] *è quella dell'esigenza di trasformazione dello stile e dei valori della stessa comunità dei ricercatori. Se non accettiamo il fatto che, a questo stadio della nostra storia intellettuale e scientifica, è necessaria una sorta di ri-apprendimento radicale,*
*non possiamo sperare di fare un passo avanti e spezzare la ciclicità storica di fascinazione-rifiuto della coscienza nella filosofia della mente e nella scienza cognitiva.*
F. Varela, 1997

Sostiene J. Jaines che i contenuti della coscienza sono altrettanti "analoghi" di quanto chiamiamo mondo reale e che per indicare questi analoghi non abbiamo parole specifiche, per cui siamo costretti a costruire metafore che approssimativamente alludano all'intenzione di significato (detta da Jaines "*struzione*") che intendiamo esprimere. E della metafora questo Autore distingue il *metaferendo*, che è la cosa che cerchiamo di esprimere a parole, dal *metaferente* che è l'immagine, derivata dall'esperienza del mondo reale, che adoperiamo per realizzare, comunicare, l'intenzione di significato. Egli porta questo esempio: «Se dico che la nave solca il mare, il metaferendo è il modo in cui lo scafo procede attraverso l'acqua, il metaferente è l'azione dell'aratro». Seguendo questo suggerimento possiamo applicare alla stessa parola "coscienza" il carattere di una metafora, dove il metaferendo è la cosa che sfugge ad ogni nostra possibilità di definizione (v. la citazione di Edel-

man riportata qui sopra) ed il metaferente è l'esperienza reale del sapere (*scire*) unita all'esperienza del "*con*". Del "sapere" sappiamo in base ad una immediata esperienza empirica elaborata in termini razionali, con quella razionalità che è stata per eccellenza rappresentata dalla parola "scienza": il "sapere" è un fenomeno di cui si sa primariamente in una dimensione soggettiva ("so di sapere") che viene certificato attraverso quel metodo di comunicazione e condivisione che è la scienza. Anche il "*cum*" rimanda ad un'esperienza empirica quale ad esempio è evocata dalla voce "compagno", dal tardo latino *cum* e *panis* = "che mangia lo stesso pane". Il mistero della voce coscienza risulta dalla combinazione strutturale di due termini pertinenti a due ambiti esperienziali contrapposti, quello della singolarità soggettiva e quello della insiemità oggettiva, quello dei *qualia* dell'esperienza vissuta e quello dei *quanta* dell'esperienza empirica. La coscienza è un tipo di sapere radicalmente condiviso che, nelle sue radici, nasce da un accoppiamento di due enti separati e pure razionalmente indistinguibili, e che si manifesta nei modi di un imperativo nelle condotte umane.

L'aporia che qui propongo – l'essere una cosa assolutamente singolare e strutturalmente plurale – è uno dei tanti modi con i quali il pensiero scientifico e quello filosofico cercano di affrontare oggi il problema della dualità fenomenica di *res extensa* e di *res cogitans*. Dalla contrapposizione tra il dualismo cartesiano – due fenomeni appartenenti a dominii ontologici irriducibili l'uno all'altro – e il riduzionismo biologico – il mentale, in tutte le sue accezioni, è il prodotto del cervello in cui si manifesta –, si passa oggi al tentativo di riformulare questo problema attraverso la creazione di un campo cognitivo unitario scientifico-filosofico. È quel che tra gli altri si propone Varela con la sua *Neurofenomenologia* di cui dice, come riportato qui in esergo: «la mia proposta riformula il problema nei termini di un tentativo di trovare delle connessioni significative tra due irriducibili domini fenomenici».

Il cardine intorno a cui ruota la mia proposta di "connessione significativa" è la storicità di ogni evento sensibile, ivi compreso quanto includiamo nella voce mente o coscienza. Nella letteratura scientifica e filosofica questi fenomeni vengono per lo più riguardati o come proprietà specificamente umane o come proprietà del vivente a diversi livelli di complessificazione evolutiva. Ma, comunque, si tratta di funzioni presenti sin dall'origine filo od onto-genetica dell'individuo, come analoghi delle strutture biologiche che si sviluppano linearmente dai primi abbozzi fino alle forme compiute nell'essere umano adulto. La psicoanalisi sembra occuparsi della genesi e dello sviluppo della cosa "psiche" ma in una prospettiva sostanzialmente riduzionista:

1. la "psiche" è ridotta ad un complesso di funzioni che consentono di adattare alla "realtà" energie primitive e comuni a tutti i viventi la cui intrinseca anarchia non consentirebbe all'animale uomo di sopravvivere;

2. la "realtà" viene ridotta all'insieme degli "oggetti" predisposti naturalmente per il soddisfacimento dei bisogni pulsionali dell'individuo;

3. il disegno dell'esistenza umana è ridotto nella sua chiusura tra una condizione iniziale di immaturità ed una condizione finale di maturità, in analogia ad ogni forma vivente vegetale o animale;

4. questo disegno si compie attraverso il passaggio e il superamento di fasi o stadi evolutivi che si distinguono per la parte del corpo di volta in volta assunta come il centro del cosmo individuale, per cui sono nominati fase *orale*, *anale*, *fallica* e *genitale*.

Questa visione evolutiva è senza *storia*, dizione con la quale si fa usualmente riferimento al succedersi di eventi culturali, istituzionali, politici imprevedibili nel loro mutarsi ed aperti a sviluppi di cui non è concepibile un traguardo di compiuta perfezione. Ciò che del resto lo stesso Freud ammette esplicitamente quando, abbandonando una visione casuale, relazionale, storicistica della genesi della sofferenza mentale (la teoria traumatica e le correlate neuropsicosi da difesa), afferma esplicitamente di non considerare più i racconti dei pazienti relativi alla loro infanzia come "storie famigliari" bensì come "romanzi" prodotti da fantasie malate per rimozioni, sublimazioni, dislocamenti e altri meccanismi di difesa.

In *Individualità e gruppalità* mi sono soffermato sulla vicenda esistenziale di Freud che segna il suo passaggio da una prospettiva storicistica ad una visione riduttivamente biologistica della mente individuale[3]: questo giro di boa avviene in seguito alla morte del padre e viene sancito nella stesura de *L'interpretazione dei sogni*, iniziato nel 1897, l'anno successivo a questo evento luttuoso. Nel capitolo *Sogni tipici* egli dedica un paragrafo a *I sogni della morte di persone care* in cui assume la tragedia di Sofocle *Edipo re* come se fosse una compiuta trascrizione del mito di Edipo presente nella tradizione orale dell'antica Grecia. Questo mito comprende nella sua interezza – come Graves ci mostra – la preistoria di Edipo, centrata sulla figura del padre, Laio,

[3] In *Al di là del principio di piacere* Freud sancirà questa sua visione scrivendo: «Mi pare che l'evoluzione del genere umano fino a questo momento non abbia affatto bisogno di una spiegazione diversa da quella che vale per gli animali; quell'infaticabile impulso verso un ulteriore perfezionamento che si può osservare in una minoranza di individui umani può essere facilmente spiegato come conseguenza della rimozione pulsionale su cui è fondata la civiltà umana in tutto ciò che ha di più valido e prezioso».

che, esiliato da Tebe, trovò ospitalità presso il re Pelope. Qui egli sedusse il giovane figlio del suo ospite, Crisippo, e quando il suo esilio fu revocato, lo rapì e lo condusse con sé a Tebe dove ne causò la morte. In una delle versioni del mito, Pelope si rivolse a Giove perché a Laio toccasse una giusta punizione: Giove accolse l'appello e decretò che un figlio di Laio lo avrebbe ucciso e ne avrebbe preso il posto accanto a Giocasta, riparando così anche la sterilità di lei dovuta all'omosessualità del coniuge. Non possiamo ovviamente immaginare la ragione che indusse Sofocle a prendere di questo mito solo la parte conclusiva, facendo di Edipo un eroe negativo in quanto parricida e incestuoso, come se queste declinazioni della sua esistenza fossero derive di un suo destino personale e non strettamente connesse alle vicende paterne. Ma non è azzardato supporre che Freud, dopo la morte del padre, si sia agganciato al dramma di Sofocle – e non al mito di Edipo – per proporre come principio universale la potenziale delittuosità di ogni figlio nei confronti di genitori vissuti come puri oggetti di scarico di "naturali" pulsioni libidiche e aggressive. Del resto lo stesso Freud ha avvertito questa problematica "coscienziale" quando nella prefazione alla seconda edizione del suo libro afferma (p. 5):

> *Esso mi è apparso come un brano della mia autobiografia, come la mia reazione alla morte di mio padre, dunque all'avvenimento più importante, alla perdita più straziante nella vita di un uomo.*

Mi servo di questo episodio drammatico come di una singolare suggestione per sviluppare il mio discorso sulla coscienza. Non presumo certamente di "analizzare" le vicende storiche dell'uomo Freud, ma assumo questa sua "scelta", che ha determinato la specifica posizione della sua opera nella cultura moderna, come una grande metafora, in modo analogo alle metafore che i fatti della vita e i loro racconti offrono ai loro interpreti. In questa prospettiva mi chiedo che cosa abbia potuto "convertire" Freud, sì da indurlo ad abbandonare la strada da lui inizialmente intrapresa sul carattere strutturalmente relazionale del fenomeno "mente", per conformarsi ad una visione che presenta un doppio *metaferente*:

1. è attendibile pensare che la sua educazione si sia compiuta secondo la rigorosa tradizione ebraica, che pone il padre come la figura dominante della famiglia, ad "immagine e somiglianza" della figura del Creatore. Come nel mito della Genesi furono i figli, indotti dal Maligno, a diventare causa dei loro mali, così per tutti i figli a venire sarà il

loro anarchico Es a provocare la punizione del loro padre interiorizzato (v. sopra le citazioni sul "masochismo").

2. Freud è un medico, per cui egli si forma in un orizzonte scientifico e professionale che fa del corpo l'oggetto della ricerca e della pratica curativa. Ed il corpo è un "oggetto"[4] ordinato secondo una esatta architettura (l'anatomia) ed altrettanto esatte funzioni, comprese quelle senso-percettive o comportamentali (la fisiologia) e tutto ciò che altera questo ordine è *aitìa* (in greco = causa del male). Non può che essere altrettanto fisica la causa della "patologia psichica", e, nel rinnegare i suoi *neurotica* (termine che allude ad un'ipotesi strutturalmente relazionale della mente), Freud rientra nel proprio alveo culturale, sia individuando nelle energie fisiche individuali le cause dei disordini mentali, sia sottraendosi allo scandalo di una desacralizzazione delle immagini genitoriali, in particolare quella del padre.

Nell'aforisma 90 (*Il bene e la buona coscienza*) di *Umano, troppo umano*, Nieztsche afferma:

> *Credete voi che tutte le cose buone abbiano avuto in tutti i tempi una buona coscienza? La scienza, ossia qualcosa di molto buono, è entrata nel mondo senza di essa, e del tutto priva di ogni pathos, piuttosto clandestinamente, per vie traverse, avanzando col capo velato o mascherato, simile a una delinquente e sempre almeno col sentimento di una contrabbandiera. La buona coscienza ha la cattiva coscienza come primo grado non come contrapposto: giacché ogni cosa buona è stata una volta nuova, per conseguenza inusitata, contro il costume, immorale, e ha roso il cuore come un verme al fortunato inventore.*

Alla luce di questo aforisma che, senza particolari difficoltà, possiamo riconoscere nell'esperienza di chiunque abbia proposto nuove ipotesi scientifiche capaci di portare disordine in quanto già stabilmente istituito, possiamo forse comprendere il dramma freudiano, rinunciando a "spiegarlo" nei termini di una scelta razionalmente compiuta. S.H. Foulkes, noto in Europa come il fondatore della gruppoanalisi[5], usa il termine "resistenza" per indicare la tenace opposizione dell'ambiente

[4] Nessuna menzione fa Freud della distinzione che si andava profilando nella cultura tedesca proprio nella sua epoca tra corpo anatomico (*Körper*) e corpo vivente (*Leib*), dizione quest'ultima che a partire da Husserl viene riproposta da tutto il pensiero fenomenologico ad indicare la natura dell'essere umano, in quanto esistenza (*Dasein*).

[5] In un mio recente lavoro (2008b) mi avvalgo delle ricerche di Edi Gatti Pertegato per affrontare la misteriosa "rimozione" del vero fondatore della gruppo-analisi, Trigant Burrow, dalla storiografia gruppoanalitica.

psicoanalitico alla proposta gruppoanalitica di una mente fenomenologicamente intesa. Egli scrive:

> *La mente non è una cosa che esiste ma una serie di eventi che si muovono e procedono ad ogni istante. La difficoltà che la gente ha ancora nel campo della psicoterapia e al di fuori di essa nell'accettare la mia ipotesi come una base per comprendere e per intervenire, si può parzialmente spiegare come l'usuale incapacità e riluttanza ad imparare qualsiasi cosa nuova. Imparare qualcosa di nuovo implica il cambiamento dell'intero atteggiamento di una persona riguardo ad un certo numero di cose, riguardo a se stesso e riguardo al mondo in cui si vive. Io credo, tuttavia, che ci sia una resistenza del tutto specifica contro l'accettazione dei processi mentali come multi-personali, una resistenza basata sulle conseguenze personalissime e generali che derivano dall'accettare questa verità.*

Recentemente (2008a) mi sono servito di una metafora per indicare l'intreccio tra quel che con Dilthey indichiamo come esperienza vissuta (*Erlebnis*) e l'esperienza empirica (*Erfahrung*) nel rapporto con un ambiente storicamente definito:

> *Utilizziamo ora una nuova metafora per alludere alla relazione tra le due forme di esperienza: possiamo rappresentarci l'insieme dell'esistenza cognitiva come un tessuto, che risulta dall'intreccio tra i fili di una trama e quelli, a essa perpendicolari, di un ordito. Se usiamo l'immagine della trama per intendere l'insieme delle cose, dei fatti, dei tempi che costituiscono la messa in scena di un racconto, possiamo utilizzarla per indicare quanto è misurabile, registrabile, "oggettivo" per chiunque vi partecipi – l'autore, l'attore, lo spettatore. Se parliamo dell'ordito (la medesima radice di ordine), possiamo invece indicare il modo assolutamente singolare con cui quei dati oggettivi si compongono nella mente di chi, a qualsiasi titolo, li osserva. La medesima trama può quindi intrecciarsi con gli orditi più diversi, dando luogo a "tessuti" cognitivi, al limite, incompatibili tra loro. Incompatibili non perché diverse sono le trame, ma perché diversi sono i modi con cui esse vengono "ordinate".*
>
> *L'ordine cui faccio originario riferimento è l'ordito che tipicizza la dimora, l'ethos, in cui è gettata l'esistenza ai suoi albori, è l'insieme di eventi che si replicano con una regolarità tale da rendere del tutto singolare l'ambiente in cui l'individuo nasce e viene allevato. Gli eventi non consistono solo nei fatti oggettivi e la loro regolarità non va ridotta solo alle cadenze temporali e agli stereotipi comportamentali del-*

> *le persone che coabitano nella medesima dimora, ma essi sono anche, prima di tutto, carichi di intenzionalità che variamente si intrecciano e che investono il nuovo nato che sin dall'inizio co-costruisce gli eventi con i suoi rudimentali dispositivi protomentali. Se per gli adulti questo mondo è anche osservabile, confrontabile e maneggiabile come un insieme di parti discontinue cui una razionalità può applicarsi con la propria discrezionalità volitiva, il bambino vi è totalmente immerso come in un continuum indifferenziato che è la "sua" normalità assoluta che lo rende tutt'uno con essa. L'esperienza vissuta di questa protocondizione esistenziale è il nucleo coscienziale, l'ordito iniziale che andrà progressivamente infoltendosi e intrecciandosi con la trama delle successive esperienze empiriche.*

Kant allude al concetto di normalità quando si riferisce alla pazzia, definendo questa come "perdita del senso comune" e quindi comparsa di un "senso logico privato": quale la differenza tra senso comune e senso privato? "Senso" indica la capacità di sentire, avvertire, distinguere, intuire, e quando il giudizio o il comportamento che ne consegue è condiviso dalla comunità in cui questi si manifestano allora se ne parla come di un *senso comune*, quindi di un *buon senso*. Quando manca questa condivisione, Kant non parla di non-senso, d'insensatezza, ma di *senso privato*, per cui, a prescindere dal grado di condivisibilità delle sue espressioni, tutti gli esseri umani sono dotati di un senso attraverso il quale conferiscono senso.

Ma che cosa è "comune"? Dal Vocabolario etimologico Pianigiani: «*comune* dal latino *communem* composto da *cum* e *munis* col significato di *prestazione*, e quindi *co-obbligato*, obbligato a partecipare cioè a dare, col diritto di ricevere alcuna cosa, alcun ufficio o beneficio»; il contrario di *immune* col significato di *libero da prestazioni*, o, nel linguaggio biologico, refrattario a contagi, infezioni. Quindi il senso è comune quando le sue espressioni linguistiche, affettive, cognitive, sono negoziabili all'interno di una determinata comunità, sono cioè tali da consentire scambi di prestazioni vincolate da medesimi parametri normativi, agiti nel medesimo ordine di valori.

Che cosa è "privato"? Letteralmente, quanto è esonerato da co-obbligazioni "comuni", quanto è sottratto ad un *munis* condiviso: privato e immune diventano così sinonimi. Ma per quanto "privato", il senso rimane comunque senso, nella sua specifica congruenza logica, anche se le sue manifestazioni si producono in uno spazio/tempo pertinente ad una storia tanto personale (cioè *comune* a un nucleo famigliare originario) da escludere possibilità di riconoscimento da parte di chi non vi ha attivamente partecipato. E se volessimo utilizzare la metafora del "tes-

suto", potremmo dire che anche qui vi sono trame e orditi ma che questi fili sono alle loro estremità ritorti in modo da non potersi intrecciare con trame e orditi di altri tessuti: il tessuto "privato" tende a restare sempre uguale a se stesso senza "contaminarsi" con altri.

Vedremo in seguito come questi enunciati astratti hanno il loro fondamento incarnato nelle esperienze vissute di ciascun individuo umano e nelle strutture culturali, sociali, che variamente le rispecchiano. Ma non possiamo lasciare Kant prima di aver riflettuto sulla seconda citazione riportata in epigrafe, sul suo folgorante riferimento alla "più violenta tra le passioni", quella per la libertà. Non è neanche concepibile la nozione di libertà se non facendo riferimento all'essere totalmente sottoposto "all'arbitrio dell'altro": questa, e soltanto questa, è la condizione in cui si accende la passione per la libertà. Questa è la condizione nella quale tutti siamo nati e cresciuti all'origine della nostra storia personale, ed è una condizione che persiste nella coscienza anche quando i processi di emancipazione si sono avviati in modo tanto consistente da distinguere il Sé dall'altro e di trovare nella parola il tramite eccellente per le negoziazioni "comuni". Ma Kant presta attenzione ad un fenomeno bizzarro nella logica del senso comune: «*Chi può essere felice soltanto in base all'arbitrio di un altro (sia poi questo tanto benevolo quanto si vuole), si sente a ragione infelice*». Felicità e infelicità che coincidono segnano la linea di confine tra il *claustrum* di un senso privato che non si dimette e l'*agorà* del senso comune che si spalanca sotto la passione per la libertà. Ed è di questo bilico che mi accingo ora a trattare.

## III. Identità

L'identità (da *idem*, il medesimo) è il termine che indica la consapevolezza di un ente razionale di essere sempre il medesimo e distinto da tutti gli altri: unico. Egli può dire: alcuni tratti caratterizzanti la mia fisionomia, il colore della pelle o dell'iride, la mia statura a compimento dei processi di crescita, e poi, il mio nome e cognome, data e luogo di nascita, la mia ascendenza prossima secondo certificazione dei miei documenti anagrafici, sono tutti "dati" che nella loro combinazione formano quell'insieme che definisco la mia identità. Ma questi sono, letteralmente, "dati" per i quali si giustifica l'espressione ricorrente: «Sono "fatto" così». Ma "dati" e "fatti" presuppongono un agente o un insieme di agenti (biologici, culturali, fisici) che nel loro combinarsi variamente hanno prodotto quel me stesso di cui ho una consapevolezza razionale, della stessa natura della consapevolezza che ho di qualsiasi

altro oggetto nel mondo. Conosco la mia identità come conosco tutto ciò che casualmente mi trovo gettato contro (*ob-jectum*) e dal momento in cui ho consapevolezza di questa oggettività so di esserne dipendente, assoggettato, di esserne il *sub-jectum*. E al tempo stesso in cui acquisto cognizione di quanto nella sua separatezza *mi* è gettato contro, il "*mi*" diventa rilevante nella mia ragione e ne nasce quell'esperienza di soggettività che nel declinarsi come desiderio, come anticipazione di un futuro possibile, e quindi come volitività, mi induce ad un atto di maneggiamento di quello stesso oggetto da cui sono necessariamente dipendente. È qui che si accende "la più violenta tra le passioni dell'uomo" (vedi sopra), l'anelito di invertire la condizione iniziale di dipendenza dall'oggetto in una condizione non solo di maneggiamento, di uso, di godimento dell'oggetto, ma anche di sue trasformazioni.

Si può forse dire che il primo *ob-jectum* che si presenta alla sensorialità del neonato sia il proprio corpo quando questo si fa "sentire" *dolorosamente*: fame, contrazioni viscerali, freddo, particolari posture e quant'altro possa alterare la quiete in cui quel corpicino *con-siste*. Uso questo verbo per indicare quel modo dello stare (*sistere*) qualificato dal *cum* (l'essere tutt'uno con) analogamente a quel che abbiamo visto per la parola coscienza (*cum-scire*) contrapposta ad un sapere singolare che rompe la quiete di un sapere assolutamente condiviso. La perdita della "consistenza coscienziale" espone l'uomo alla necessità di un proprio atto, di un proprio personale muoversi al di fuori del perimetro del proprio originario *sistere*, di accedere alla propria *ex-sistenza*. Con questo atto di apertura si *trans-forma* la mia identità: essa è originariamente solo nella mente degli dei, nel sapere e nelle mani di chi mi ha messo al mondo, ed io posso solo lentamente e dolorosamente scoprirla quando essa mi "colpisce" in tempi e modi così ripetitivi da apparirmi analoga a qualsiasi altra *datità* del mio ambiente. È solo in questa esperienza vissuta (l'*essere dolorosamente colpito*) e non per l'esperienza sensoriale in sé, che si annuncia una mia primitiva consapevolezza di essere *sub-jectum*, assoggettato, all'insieme degli *ob-jecta* che costellano il mio ambiente, ivi compresi il mio corpo e gli atti che quasi automaticamente, ripetitivamente esso esprime.

Prima di accedere ad un'esperienza di soggettività, non in quanto *essere soggetto a*, ma in quanto *essere soggetto di*, l'essere umano è totalmente immerso nell'"arbitrio di un altro" (v. la citazione di Kant) che lo "apprende", lo assume nella propria esistenza non come *ob-jectum* a sé, ma come elemento costitutivo del proprio stesso essere *sub-jectum*: la madre è quella donna che si trasforma, deformandosi, nel momento lungo della propria generatività. In questa *apprensione*, sia nel senso della fisicità di questo assumere come proprio il nascente, sia nel senso

della specifica inquietudine che questa sfida le provoca, ella pratica il suo trascendersi nel suo essere simultaneamente dentro e al di là della propria identità, ella è dentro il suo bambino pur restando ancorata alla propria medesimità. Questo trascendersi è un atto di conoscenza non razionale, discreta, separata e separante, ma è l'atto di una cognizione rivolta ad un oggetto-in-divenire, animato solo dalla in-tenzione penetrante del soggetto che ne fa intima esperienza. Attraverso l'intenzionalità la madre abita con le sue memorie e le sue attese, con il suo passato ed il suo futuro, con le sue speranze o la sua disperazione, il possibile *oggetto-che-diviene-suo-figlio.*

Di queste vicende cognitive della madre possiamo parlare perché possiamo argomentare su un'esperienza comune a tutti gli esseri umani in procinto di dar vita ad un oggetto in divenire (non solo bambini, ma idee, progetti, sogni); ciò di cui non possiamo parlare è della nostra esperienza in quanto noi stessi oggetti in divenire, poiché quest'esperienza vissuta all'inizio della vita in modo totalizzante, è immersa nell'oblio di un'età non sufficientemente matura perché possano essere registrate (memorizzate) le proprie esperienze. Possiamo solo congetturare il tipo di corrispondenza a cui il neonato è disposto nei confronti dell'intenzionalità materna, sia avvalendoci di tutti quei momenti che da adulti viviamo come "stato nascente", sia appoggiandoci a quanto ci raccontano quelle neuroscienze che si appoggiano, a loro volta, al pensiero fenomenologico.

## IV. Lo stato nascente

L'espressione "stato nascente" è riferita originariamente a particolari caratteristiche di aggregati sociali nel loro muoversi contro o oltre le istituzioni, cosa che Max Weber fa derivare dal potere carismatico di un capo che induce nei suoi seguaci una fede assoluta in ciò che profeticamente annuncia secondo la formula «sta scritto, ma io vi dico». Francesco Alberoni (1971) attribuisce lo stato nascente a quegli aggregati sociali che condividono una visione per la quale si traguarda una nuova condizione di libertà contro i limiti imposti dall'ordine dominante assunto fin lì come un assoluto. Pur condividendo con Weber la natura collettiva dello stato nascente, egli non lo fa strettamente dipendere dal potere carismatico di un capo, ma piuttosto da una *conversione* repentina di un gruppo, di una coppia o anche di un singolo individuo ad una nuova visione del mondo o del proprio rapporto col mondo (p. 63).

> *Il convertito rompe coi vecchi valori e con il suo entroterra di relazioni stabilite in forza della acquisita consapevolezza di valori universali non riducibili al passato che gli appare contingente. Egli "nasce" una seconda volta ad una nuova vita che si presenta a lui come dialetticamente antitetica a quella antica. Egli va apertamente verso la verità ed agisce e parla in nome della necessità di vero. Ma la verità è ad un tempo la verità del valore che non è mai contingente e la verità della contingenza. Ritroviamo così la polarità fondamentale del* collective behavior *di gruppo. La verità è il luogo di convergenza storica e dialettica dei due momenti.*

La *conversione*[6] così intesa è espressione dell'apertura dell'esserci, del suo anelito a sgusciare dallo stato di dipendenza che lo rende "felicemente infelice". Ma il concetto di conversione viene applicato in genere a quel fenomeno di cambiamento per il quale un individuo o un intero aggregato di individui sospinto dalla "più violenta tra le passioni umane" mira a raggiungere un maggiore grado di libertà e di verità rispetto ad una condizione precedente nella quale libertà e verità gli risultano ora, dal vertice di una nuova visione, costrette in una rete di relazioni non più significata come un assoluto ma come un ingombro, un impedimento da abbattere. Ma c'è una conversione originaria: l'uomo non è sin da subito "uomo", ma egli è quell'animale che persiste nel suo processo di mutazione dalla specie da cui proviene, è un animale-che-si-fa-uomo, senza mai raggiungere una stabilità di specie come l'evoluzione mutativa garantisce ad ogni specie che si perfeziona in una nuova organizzazione biologica. L'uomo è cioè quell'organizzazione vivente che mancante di una perfetta corrispondenza tra i suoi dispositivi organismici e il suo proprio ambiente (Gehlen), deve farsi un ambiente adeguato ad un se stesso in continua formazione, ad un se stesso coincidente con il suo processo *antropopoietico*, secondo la voce ponderosamente documentata da Francesco Remotti. E il "farsi uomo" significa entrare in contatto non solo con le cose nella loro semplice nudità (quelle cose preselezionate dai dispositivi istintuali e ad essi immediatamente corrispondenti) ma prevalentemente con cose, ivi compresa la propria identità, già da subito vestite di valori simbolici. Clifford Geertz mette poi in evidenza che ciò che risulta da questi in-vestimenti è la cultura che nelle sue istituzioni è una cosa neo-formata dai processi antropopoietici e, come tale, è aperta a interpretazioni che rientrano ri-

[6] Questo termine va qui inteso non secondo l'uso comune per cui si viene convertiti *da* qualcuno o ci si converte *ad* un credo già istituito, ma va inteso come un'emergenza auto-ri-organizzativa (Morin, 1986) delle proprie strutture cognitive, attuali o potenziali.

corsivamente nei processi culturali e che quindi indefinitamente trasformano gli oggetti culturali a cui si applicano (tr. it., p. 92):

> *Noi siamo animali incompleti o non finiti che si completano e si rifiniscono attraverso la cultura – e non attraverso la cultura in genere, ma attraverso forme di cultura estremamente particolari.*

Il *simbolo* è un concetto tanto evanescente e così controverso nell'ampio dibattito che si accende per definirlo quanto lo è il concetto *mente* o *coscienza* da cui è espresso e che, ricorsivamente, forma. Esso è il modo con cui si manifesta al suo esordio l'atto cognitivo in quanto atto concepitivo, trasformativo, metapoietico del mondo che l'uomo abita. Esso non entra nell'ordine dei significanti – i segni che informano qualcosa di un ente non concretamente presente – e il suo autore non è un "chi" individuale o collettivo, un Io conscio o inconscio, ma una co-esistenza, il radicale *Mit-dasein*; esso resterebbe totalmente in ombra se non ci fosse un apparato razionale che lo raccogliesse e che lo interpretasse. È quel che capita col sogno, struttura simbolica per eccellenza, che si presenta nel silenzio del mondo come una figura enigmatica di bizzarri componimenti cronotopici e multipersonali: il suo racconto, già monco e variamente deformato, è una traccia della co-esistenza personale, il cui senso nasce solo dalla *ratio* di chi lo ascolta. Mario Trevi sviluppando la riflessione junghiana sul simbolo, ne distingue due tipi: il simbolo *probletico* (da *proballein* = progettare) che indica una possibilità aperta al futuro e il simbolo *sinezetico* (da *synizanein* = tornare allo stato precedente) che indica un paesaggio inscritto nel passato. Ma una medesima configurazione simbolica pone una domanda a chi si pone al suo ascolto e questi vi risponde con i propri canoni culturali che, se non ne stabiliscono razionalmente un significato nei termini di una verità ultima, gli consentono di formulare a sua volta nuove domande in un processo indefinito di interrogativi dai quali emergono risposte sempre approssimative e precarie. Alcune di queste hanno un potere persuasivo tale da diffondersi nel mondo alimentando il suo senso comune, al punto di costituirsi come il presupposto condiviso delle culture e delle loro istituzioni, modificandone alcune, facendone estinguere altre e annunciandone di nuove con una potenza rivoluzionaria.

Nel processo di *alterificazione* (v. in seguito) l'Altro si annuncia in un alone simbolico che compone in sé un "già noto da sempre" e la promessa di un "impensabile nuovo". L'intenzionalità del soggetto, la sua coscienza aprono la strada all'esperienza che nasce da questo incontro: potrei dire: «ti ho identificato e ciò mi conferma nella mia identità», oppure «lo sconosciuto che sei accende in me la curiosità (il *cur*

di ogni domanda) e seguendo questo percorso io stesso divento Altro rispetto alla mia consolidata identità». Ciò significa che sono io a rendere quel tessuto simbolico che io nomino "il mio simile, il mio prossimo" come un simbolo *sinezetico* o piuttosto come un simbolo *probletico*.

Giovanni Stanghellini distingue tre modi di fare conoscenza dell'Altro. Egli limita questa riflessione all'ambito clinico, l'osser-vazione e l'elaborazione concettuale delle esistenze "psicopatologiche", assumendo queste come esistenze che hanno "messo tra parentesi" gli assiomi del senso comune, in un modo praticamente speculare alla "epochè" del pensiero fenomenologico. L'incomprensibilità della follia si deve dunque al fatto che chi non riesce a dimettere il proprio senso comune considera incomprensibilmente alieno chi al senso comune non accede o da cui si separa per alterazioni delle sue funzioni cognitive a livello neuronale. A prescindere da alcune differenze sulla genesi della follia, trovo il pensiero di questo Autore come un contributo decisivo per la fondazione di una scienza della coscienza di tipo esistenziale o antropologico. Egli distingue, dunque, tre tipi di conoscenza, una conoscenza in prima persona, una conoscenza in terza persona ed una in seconda persona.

La conoscenza in prima persona è quella empatica, che potrebbe essere anche detta quella della consonanza intenzionale. Se accolgo come se fossero miei i moti dell'animo dell'altro, se ne "rispecchio" i caratteri, ho a disposizione una serie di "mattoni" attraverso cui ne ricostruisco l'identità,

> *ricostruzione che avviene nello spazio più privato della coscienza dell'osservatore. La ricostruzione dell'esperienza dell'altro si compie cioè all'interno del soggetto che lo esplora.* (Stanghellini, p. 47)

Ma questa forma di conoscenza è possibile solo se osservatore e osservato partecipano del medesimo senso comune, se sono situati nel medesimo orizzonte culturale, ma se uno dei due è radicato nella propria identità "privata" – nel senso che cerco qui di sviluppare – l'approccio empatico non si dà ed ogni riconoscimento di similitudine viene tematizzato dai propri codici la cui prevalenza finisce col produrre una conoscenza in terza persona.

L'*epochè* husserliana mostra qui un limite insuperabile: io posso sospendere i miei pregiudizi ma non i movimenti trascendentali della mia e altrui coscienza: se il mio interlocutore non può vedermi se non come l'estraneo che minaccia la sua "privata normalità", io rispecchierò *in primis* questa intenzionalità, secondo il suggerimento di Stanghellini

per cui ogni ricostruzione dell'altro non può che avvenire nello spazio più privato della coscienza dell'osservatore.

La conoscenza in terza persona è un tentativo di rimediare all'incomprensibilità attraverso una spiegabilità del "non comune", letteralmente dell'*idiota* (dal gr. *idiṓtēs* "individuo privato, senza cariche pubbliche"). Questo tipo di conoscenza è sostanzialmente la medesima che consente l'identificazione di un fenomeno "oggettivo" attraverso il suo conformarsi ai dispositivi razionali su base senso-percettiva del soggetto osservante: le categorie razionali di spazio, tempo e relazioni causali ordinano il mondo che risulta quindi conformato alla *ratio* classificatoria dell'osservatore. Così gli "idioti" formano una classe che si suddivide in una serie indefinita di sottoclassi, ciascuna con una propria causa specifica, appartenente ad una causalità generale che le accomuna. Come abbiamo già visto, la scienza medica fa da supporto alla scienza psicologica, per cui identificare il folle attraverso un'interpretazione semiotica, avvia una serie di pratiche "terapeutiche" che mirano a riportare il senso privato dell'"idiota" al senso comune del suo "terapeuta", confermandolo così nella sua identità culturale.

Ciò che consente l'avvio di un superamento (e non un superamento univoco e definitivo) della conoscenza soggettiva e di quella oggettiva ("il cancro della psicologia", dice Binswanger) è la conoscenza in seconda persona, che Stanghellini definisce

> *conoscenza dialogica condivisa dal "soggetto" e dall'"oggetto" della ricerca. È un tipo di conoscenza centrata sul "noi"* […] *essa dischiude, parallelamente alla comprensione dell'altro, la comprensione di sé* (p. 52)

Egli fa riferimento in prima istanza al modello antropologico etnografico così come paradigmaticamente enunciato da Ernesto De Martino con il suo *etnocentrismo critico*. Il confronto con altre culture non può prescindere dal fatto che chi ci si confronta lo fa dal vertice della propria cultura, che non solo non può essere ridotta ad alcuna *epochè* ma che può al contrario essere la condizione per un avvicinamento conoscitivo col diverso grazie ad una riflessione critica che essa stessa produce e che viene ulteriormente incrementata proprio dal confronto con l'altro. In questa zona di confine si apre la possibilità di cogliere nel fondamento della propria identità un *sensus privatus* permanentemente attivo anche nei più emancipati ricercatori, partecipi però del *sensus communis* che consente loro le più svariate e nuove negoziazioni sia con l'altro che con il sé medesimo. Il baricentro di ogni negoziazione è l'interpretazione, non in senso semiotico ma in quello propriamente

ermeneutico (Napolitani, 1997) che Gadamer fa coincidere con l'arte del domandare, precisando che «l'arte del domandare è l'arte del domandare ancora». L'interpretazione ermeneutica consiste in una risposta alla domanda fondamentale sul senso di un atto, di un'idea, di un comportamento, una risposta che si va costruendo nel confronto tra gli interlocutori con la forza argomentativa, con la passione a volte drammatica, con i lirismi che folgorano la scena dove le computazioni si arenano, come se si trattasse di una vera composizione narrativa. Ciascun interlocutore dispone di un archivio di risposte *prêt-à-porter* che tendono ad occupare il campo relazionale e, solo quando la domanda investe questa specie di corpo-a-corpo e la strenua difesa che ciascuno opera per conservare le proprie identità pietrificate, si apre lo spazio per una co-costruzione di un senso comune ad entrambi, di un accordo ermeneutico che chiama in causa la reciproca *responsabilità*, quella disposizione ad avere cura della propria dimora (il greco *ethos*) fino al punto di una vera e propria ristrutturazione: dal privato al comune e dal comune pietrificato ad un comune nascente.

## V. La prima conversione: il farsi identico

Dobbiamo riflettere su quella prima conversione per la quale l'embrione umano passa da uno stato biologico in-intenzionale, pre-coscienziale, dotato solo di una *potenzialità* che lo dispone al suo *Mitdasein*, ad uno stato di concreta *attualità* del suo divenire uomo. Questa riflessione ci permette di entrare nel merito della formazione dell'identità individuale a partire dal suo paleoambiente (il grembo materno) con il quale non avvengono scambi del tipo di quelli che s'instaurano a partire dalla separazione fisica, a partire dalla nascita. Pur potendo ipotizzare che l'atto intenzionale della madre possa "toccare" negli ultimi tempi della gravidanza i corrispondenti dispositivi dell'embrione, è solo dopo la nascita che il neonato mostra comportamenti attribuibili ad una vera e propria consonanza intenzionale. Si è in linea di massima disposti ad attribuire i movimenti automatici del neonato, quale ad esempio la sua ricerca del capezzolo e la complessa dinamica della suzione, al suo apparato neurologico, già sufficientemente maturo da produrre quel comportamento come paradigmatico del fenomeno di *attaccamento* a cui si farà poi riferimento per spiegare, nei suoi fondamenti biologici, ogni forma di attaccamento che l'essere umano mostrerà anche in età adulta nei confronti di oggetti-madre. Ma la clinica neonatologica ci mostra una varietà di comportamenti nel neonato umano incomparabile con la relativa uniformità del comporta-

mento del neonato non umano, che sembra perfettamente riconducibile a meccanismi di adattamento reciproco tra madre e figlio di tipo istintuale, cioè non interferito da quegli atti cognitivi trascendentali definiti nei termini dell'intenzionalità. Sono i modi di questa cognizione reciproca tra madre e bambino che modulano le forme dell'attaccamento e, se la consonanza intenzionale è prevalentemente significata dal rifiuto, i comportamenti biologici dell'infante rispecchiano tale rifiuto: ad esempio il rifiuto disperato e disperante del sonno o il rifiuto ad "apprendere" il seno materno, nell'alternarsi parossistico della ricerca famelica del capezzolo e del successivo sputarlo fuori, o il sistematico rigurgito di quanto ha inizialmente ingerito fino ad un deperimento grave che non ha spiegazioni biologiche, e così via.

Nella medesima prospettiva possiamo osservare il fenomeno dell'*apprendimento*: ne abbiamo già fatto un cenno parlando della madre nel suo iniziale assumere il figlio come oggetto-che-diviene e saranno i modi intenzionali di questo apprendimento a modulare le forme di apprendimento del figlio. Potremmo brevemente dire che i modi dell'attaccamento e dell'apprendimento del figlio tendono in prima istanza a rispecchiare (vedi il sistema dei neuroni specchio) i modi con cui la madre si attacca o apprende il figlio. E ciò non in virtù di un semplice processo di imitazione come avviene nelle specie non umane, ma per quel processo che è il fondamento del *farsi dell'identità personale* a partire dalla datità dell'identità genetica. Il *fare identità* è detta identificare/identificarsi, ed il processo di *identificazione* non consiste, nella deriva delle considerazioni fin qui esposte, nell'imitazione adattativa di un'immagine o di un comportamento, ma nella corrispondenza di intenzionalità tra due o più soggetti. L'identificazione è il primo processo che qualifica la condizione umana come apertura all'altro, è il punto di partenza per concepire la mente umana come strutturalmente sociale, come una facoltà cognitivo-emotiva non situata nel cranio del singolo, ma in quel "tra" costituito dalle reciproche trascendenze in uno spazio intersoggettivo.

Scrive a questo proposito Francesco Remotti (1996, pp. 13 e 14)[7]:

> *Ma la tesi dell'incompletezza biologica dell'uomo ha pure un'altra componente o implicazione: quella della natura sociale del pensiero e delle emozioni. Non solo in antropologia, ma anche in altre scienze umane (come la psicoanalisi, la linguistica, la sociologia), tende a imporsi sempre più l'idea secondo cui gli esseri umani non possono es-*

[7] Cito a questo punto un antropologo che nel valersi dei contributi di psicoanalisti contribuisce di fatto al progetto di un'unificazione antropoanalitica delle due discipline.

> *sere intesi come entità isolate che soltanto successivamente, e per così dire gradatamente, scoprono la vita sociale (con i suoi vantaggi e con i suoi ostacoli). È significativo che anche una disciplina come la psicoanalisi, dedita per vocazione all'analisi della psiche individuale, abbia rinunciato, almeno in certi suoi rappresentanti, all'impostazione freudiana. Per Freud – sostiene per esempio Stephen Mitchell (1993) – l'uomo sarebbe un "coacervo di tensioni fisiche di carattere a-sociale", un impasto di desideri e di pulsioni fondamentalmente di natura sessuale e aggressiva che urgono per realizzarsi, di "energie primitive e animalesche" che non possono non entrare in conflitto con le esigenze, opposte, della realtà sociale, inevitabilmente "più superficiali" e "secondarie". Per il modello relazionale, che questa corrente di psicoanalisti intende far valere richiamandosi a H.S. Sullivan, a W.R.D. Fairbairn, a H. Kohut, l'individuo è invece un essere che fin da subito si costruisce entro un contesto di relazioni sociali (Mitchell, 1993). I legami sociali non risultano perciò aggiuntivi, ma immediatamente essenziali e decisivi (Liotti, 1994).*

Possiamo dunque dire che il primo processo di conversione è quello per cui il neonato umano abbandona il "suo essere felice in base all'arbitrio dell'altro", il mitico Eden in cui "altro" è il suo proprio "non-altro", in base all'automatico scambio programmato dal suo bagaglio genetico che biblicamente corrisponde alla volontà di un Dio che lo trattiene all'interno del suo intenzionarlo come propaggine di sé, creatura naturale in un omologo mondo di creaturalità naturale. Il neonato entra in contatto con Lucifero, se ne lascia sedurre come Eva nell'incantesimo della conoscenza, e, convertito dal "potere carismatico" di lui (direbbe Weber) si dispone al godimento del proprio arbitrio sospinto dalla violenta passione per la libertà. È ovvio che questa formulazione della prima conversione – dal mondo assoluto nella naturalità creaturale al mondo delle precarietà cognitive – è un atto ancora fortemente ancorato (ombelicato) alla condizione prenatale, tanto da non poter essere sperimentato come esito di una scelta discreta, o di rivoluzione volontaria contro l'ordine preesistente, pur se la Bibbia connota questa conversione come atto deliberato di disobbedienza meritevole di una "cacciata" nella mortalità. Ma questa prima conversione, per quanto drammaticamente vissuta da ogni figlio di donna, non è da lui né registrata né elaborata per l'immaturità del suo sistema neuronico, ma non può essere sottratta alla riflessione adulta sia quando si tocca il tema delle origini dell'identità, sia quando si riflette su tutti i successivi processi di conversione che indefinitamente qualificano l'esistenza umana.

I dispositivi neonatali devono dunque essere tali da consentire una corrispondenza tra lo "stato nascente" materno (in quanto sua componente intenzionale nei confronti del figlio) e "stato nascente" del figlio che verosimilmente costituisce il carattere dominante della sua protomente. Alberoni (1979) riprende il concetto di "stato nascente" quando tratta dell'innamoramento. Non possiamo certo dire che il neonato sia "innamorato" della madre, perché questa emozione così pervasiva irrompe nell'ordinata stabilità delle quotidiane istituzioni relazionali e si qualifica proprio per le perturbazioni più o meno estese di tale stabilità. L'innamoramento, inoltre, è quella passione per la quale si compenetrano in modo prodigioso il sentire l'altro nella sua piena separatezza, nella sua diversità di genere e di esistenza e il sentirlo come parte integrante di sé, la *propria* anima, la *propria* stessa vita. Quando la propria consapevolezza identitaria si coniuga con la propria coscienza trascendente (l'intenzionalità), il soggetto si dispone ad una compenetrazione totalizzante con l'altro come fondamento di una co-costruzione di mondo.

Il neonato non può quindi vivere emozioni confrontabili con l'innamoramento adulto perché, possiamo dire, è tutto trascendenza, ma la sua coscienza senza soggetto è già disposta ad *apprendere* la presenza dell'altro, con-fondendosi con questa. Questo apprendimento è esattamente il reciproco dell'apprendimento/apprensione della madre, ma a differenza di questa il neonato non dispone di risorse razionali né di una cultura pre-istituita che gli consentano una discrezionalità nei confronti di quanto apprende. Egli non dispone di uno *scire* autonomo ma il suo è un *cum-scire*, un sapere sostanziato dalla complessità dei saperi materni, sia intenzionali che razionali, sia trascendenti che contingenti rispetto alla propria storica identità. Possiamo immaginare l'esperienza vissuta del neonato come quell'esperienza incarnata che, pur vedendo necessariamente coinvolti dispositivi protomentali del neonato, non può essere elaborata nei modi di una razionalità pertinente ad un soggetto definito da un suo stesso processo di differenziazione già comunque avviato. Così l'aporia che si propone nel mio dire che "la sua coscienza senza soggetto è già disposta ad *apprendere* la presenza dell'altro", per poi dire che la sua coscienza (il *cum-scire*) viene "fatta" dalla presenza materna, pone l'interrogativo se sia la coscienza *causa* dell'apprendimento o se sia questo *causa* della coscienza. Dobbiamo forse mantenere sospeso questo interrogativo nello stesso modo con cui Winnicott mantenne sospeso l'interrogativo sulla priorità tra atti percettivi e atti concepitivi: il bambino percepisce l'oggetto che ha già concepito o concepisce solo l'oggetto in quanto già percepito? Dobbiamo, forse, solo arrenderci all'apertura cognitiva del pensiero com-

plesso che, per certi ambiti del sapere, introduce il concetto di ricorsività circolare in fenomeni non riducibili al piano della causalità lineare.

Mantenere sospeso un interrogativo circa la causa di un evento è una condizione che espone l'intelletto costruito dalla e nella logica della causalità ad un certo grado di smarrimento che può essere vissuto come minaccia alla propria identità culturale, al punto da ricorrere alla fede in cause immaginarie corrispondenti a modelli della propria "normalità privata" (come avviene ad esempio negli sviluppi paranoidei). Apprendere un evento secondo queste modalità significa prenderlo dentro di sé, possederlo così da confermare e rafforzare la propria identità, senza correre il rischio di sorprese perturbanti. Se "prendere" significa ridurre un oggetto identificato in proprio potere o essere ridotti nel potere altrui, sorprendere viene dal latino *super-prehendere*, dove il prefisso *super* allude a ciò che sta sopra o oltre il già noto e identificato. Altri prefissi capovolgono il significato di prendere in quanto possedere: comprendere, im-prendere, intra-prendere, in cui il potere si declina come possibilità in divenire e non come possesso.

Come fin qui delineato, il processo di reciproco apprendimento tra madre e figlio non consiste in una registrazione della datità di un oggetto ma in un'assunzione come elemento integrante della propria coscienza di un oggetto-che-diviene, un oggetto non definito in una compiutezza razionale ma indefinito per la sua intenzionalità e che può essere assunto come proprio solo da un soggetto il cui dispositivo trascendente entri in consonanza con l'atto intenzionale del proprio oggetto. Gallese parla di "consonanza intenzionale" per indicare questa stretta corrispondenza trascendentale tra madre e figlio, e la conseguente creazione di uno spazio mentale "noi-centrico" che è il "luogo" dell'empatia.

Voglio qui precisare la differenza tra imitazione e identificazione, nella stessa linea di pensiero che mi porta a distinguere tra apprendimento e attaccamento come fenomeni genericamente animali, e i medesimi processi come fenomeni specificamente umani. Il sistema delle cellule specchio è la base neuronica dell'imitazione: se un individuo guarda un gesto o un comportamento di un altro individuo, si attivano in lui quelle medesime reti neuronali che hanno provocato il gesto o il comportamento dell'individuo osservato, attivazione che può al limite manifestarsi nel compimento del medesimo atto motorio. Attraverso questa attivazione l'osservatore "sa quel che l'altro fa" (Rizzolati e Sinigaglia) a prescindere da qualsiasi elaborazione che possa fare di questa esperienza. Per Gallese questa forma di conoscenza per rispecchiamento compete anche all'essere umano nella produzione di quella "consonanza intenzionale" generatrice di ogni forma di conoscenza

empatica. Ma quando si trova a riflettere su quella forma clinica definita *autismo* in cui sembra assente ogni possibilità di relazioni intersoggettive, egli ricorre all'ipotesi di una qualche patologia del sistema delle cellule specchio, di natura genetica o accidentale. Questo è possibile, come si è ritenuto e si ritiene diffusamente possibile che ogni deviazione da una normalità condivisa sia primariamente un fatto di cellule, neurotrasmettitori, ormoni e così via. Ma all'ipotesi di un deficit di sistemi cellulari si può opporre l'ipotesi che in un tempo molto precoce dell'esistenza del neonato abbia prevalso nel complesso insieme dell'intenzionalità materna un non concepire il figlio come oggetto-in-divenire, di non accompagnare l'evento fisico di una maternità incipiente con il suo correlato mentale, di non apprenderlo quindi come parte integrante della propria soggettività-in-divenire, ma di apprenderlo come mero *objectum* della propria identità chiusa. Di conseguenza anche il processo di attaccamento al proprio figlio, pur rispondendo ai suoi bisogni elementari che gli garantiscono la sopravvivenza, è monco, in modo quantitativamente variabile, di quella disposizione specificamente umana a cui alludiamo con la parola amore come espressione di uno "stato nascente". «*Amor ch'al cor gentil ratto s'apprende*», dice Dante, dove la gentilezza del cuore sta a indicare la sua immediata disposizione a riversarsi nella sua propria condizione di neo-apertura su un oggetto in cui si rispecchia.

In queste condizioni attraverso le sue cellule specchio il neonato apprende il non apprendere materno, ed il suo cuore non si declina in quella gentilezza a cui soltanto "l'amor s'apprende". È qui dunque che in massimo grado si manifesta nel figlio il farsi identico all'identità della madre che, pietrificata nel suo non-divenire, si traduce in un'identità senza divenire del figlio autistico.

È lecito ipotizzare che la coscienza di un individuo umano adulto si formi nel rispecchiamento delle più diverse intenzionalità dell'ambiente in cui è nato ed è stato allevato, e che quindi l'originario spazio noicentrico sia fatto di una "molteplicità condivisa" (come nell'espressione usata da Gallese nel titolo del suo lavoro), che io riferisco alla molteplicità degli atti intenzionali della madre: quelle intenzionalità che esprimono l'esperienza di un *co-nascere* della madre con il figlio andranno a costituire nel figlio quelle componenti coscienziali aperte ad un divenire (nei termini emozionali della curiosità, dell'interesse, e in genere di un apprendimento creativo, riconcepitivo delle cose del mondo), mentre le intenzionalità espresse da una coscienza rappresa nella propria identità fossilizzata andranno a costituire nel figlio quell'impalcatura rigida che è l'esperienza della propria identità, come cosa tra le cose del mondo.

## VI. La seconda conversione: il farsi soggetto agli ordini razionali

Quali che siano i modi del processo di identificazione originaria, possiamo dunque dire che il farsi iniziale della propria identità avviene nel reciproco trascendersi intenzionale della madre e del figlio, il quale non può che corrispondere con i suoi dispositivi protomentali all'identità già formata della madre. Se parlo di "identità già formata" alludo al fatto che a partire da un certo livello dell'indefinito processo di formazione, l'identità non coincide più con la propria protomentalità, che, come qualsiasi altro fenomeno biologico, è un dispositivo geneticamente costituito (anche se si co-determina nel suo incontro con il mondo), ma si complessifica per lo svolgersi delle trame esistenziali che l'esserci co-costruisce con il suo ambiente. Se il nucleo coscienziale originario si forma all'interno della relazione con la madre, di cui assume specularmente le caratteristiche intenzionali (l'identificazione come il farsi-identico-a), nel suo progressivo sviluppo il sistema neuronale tende ad organizzarsi sulla base di connessioni che consentono una relativa stabilità alle elaborazioni delle esperienze vissute e di quelle empiriche. Si tratta di quelle connessioni che si manifestano nei modi dell'ordine razionale, nella forma del pensiero categoriale, a cominciare dalle categorie di spazio e di tempo. Queste connessioni, seguendo identificatoriamente le linee-guida della razionalità dell'ambiente (della sua specifica identità culturale) tendono a ribadirsi, ad auto-confermarsi nel tempo, consentendo così all'esserci-in-formazione una stabilità cognitiva tale da *promettergli* una quiete analoga a quella della originaria consonanza coscienziale.

Se la prima conversione consiste nell'accesso all'umano *Mit-dasein* emergente con atti di coscienza dall'opaco vivere passivamente della creatura, una seconda conversione consiste nell'accesso alla cultura assumendone le forme con lo sviluppo della razionalità. Ma la razionalità ha una lingua biforcuta come quella del mitico serpente: la conoscenza che vi si fonda promette una quiete dopo le tempeste incontrollabili, innominabili del proprio essere stato oggetto dell'arbitrio sovrano dell'ambiente, ma sono la stessa razionalità e la conoscenza che si sviluppa attraverso essa a corrodere la stabilità delle sue costruzioni. Il convertito al potere della *ratio* si proclama sovrano su un mondo a lui assoggettato, si conferisce un'identità *sub specie aeternitatis* sia assegnandosi un'anima immortale sia rispecchiandosi negli *universalia* di cui presume sia fatto oggettivamente il mondo (vedi la citazione di Eddington riportata sopra).

Se Cartesio parla di una *res cogitans* in opposizione ad una *res extensa* ne parla come di due enti ontologicamente, metafisicamente, distinti. Così, al contrario, se Freud ed una parte cospicua delle attuali neuroscienze sostengono che la *res cogitans* è solo uno dei modi con cui la biologia cerebrale si manifesta, essi parlano di un monismo altrettanto metafisico, in quanto coincidente con l'esperienza empirica immune dalle turbolenze non oggettivabili dell'esperienza vissuta. Ma queste "figure" razionali sono espressioni di un pensiero dimentico di se stesso, un pensiero che si riflette, forte della propria formata identità, nell'identità cosale del mondo, un pensiero che, seguendo la metafora del tessuto come intreccio di trame e orditi, racconta le trame del mondo ignorando gli orditi di cui ogni racconto è intessuto.

Oggi il pensiero fenomenologico ed ermeneutico diventa riflessivo sulla sua razionalità, sulla sua attitudine riflettente (come Narciso che si riflette nell'immagine che lo riflette specularmente), e tremando sulla nietzsciana "morte di Dio" si propone come "pensiero debole" (Vattimo e Rovatti). In questa "debolezza" si delinea fenomenologicamente il divenire di una razionalità che com-prende, che prende gli oggetti della sua investigazione – le trame del mondo reale – insieme alla propria coscienza intenzionante – gli orditi della propria storica, contingente esistenza. Scriveva Heidegger:

> *L'uomo ancora non pensa, e invero non pensa perché ciò che va pensato si allontana da lui; che egli non pensi non è in nessun modo dovuto soltanto al fatto che l'uomo non si rivolga in misura sufficiente a ciò che va pensato. Ciò che va pensato si distoglie dall'uomo. Gli si sottrae. Ma come è mai possibile venir a sapere qualcosa di ciò che da sempre si sottrae e anche solo dargli un nome? Ciò che si sottrae rifiuta la sua venuta. Ma: il sottrarsi non è un semplice niente. Esso è evento.*

"Ciò che si sottrae" e a cui è difficile dare "anche solo un nome" è l'oscuro grembo di ogni gemmazione ideativa, è quel puro "evento", sottratto alla memoria, in cui consiste l'essere venuti al mondo, in quello specifico mondo per ciascun essere umano definito dalla famiglia come formata dalla e formatrice della sua specifica comunità di appartenenza. Oggi, sempre più diffusamente, come scrivevo alcuni anni fa (2003),

> *l'atto di conoscenza, come antenna che si insinua o come punta di trapano che perfora livelli superficiali per attingere a "profondità" ultime dell'essere, pesca in un vuoto sorprendente: gli "oggetti" scompaiono*

> *nella loro presunta metafisica fissità, non si danno più appigli empirici* esaurientemente *credibili per antenne o trapani, e questi si trovano in qualche modo costretti a dar ragione del vuoto da loro stessi prodotto. Che si tratti delle cose del mondo esterno o delle cose del mondo interno, non è più di queste che la conoscenza può dare una spiegazione definitoria, univoca e ultima, ma è solo dei tracciati, degli itinerari percorsi tra di esse che la conoscenza può alimentare se stessa. La conoscenza, cioè, apre vuoti dove l'"esame di realtà" vedeva "pieni", e questa apertura di vuoti non è più attribuita a difetti operativi di una macchina registrante, ma è intesa come la qualità più propria del pensiero umano, del suo* inter-esse*, letteralmente essere in mezzo alle cose, e non sopra* [*scientificamente*] *o dentro* [*empaticamente*] *di esse. Questi spazi intermedi tra le cose sono occupati soltanto da linee sottili che connettono le cose tra di loro, componendo nel loro insieme un tessuto connettivo – una visione del mondo intesa come visione dei propri itinerari nel mondo – dal quale dipende il modo con cui l'uomo tocca le cose pur senza sapere nulla della loro "sostanzialità".*

Ma la rinuncia al traguardo di questa seconda conversione e al pensiero "forte" che da essa è nato non è cosa facile: la "verità" religiosa e quella "scientifica" (scienza intesa come l'insieme di trapani e antenne mirati alla sostanza oggettiva del mondo) oggi traballano, e con loro traballano le stesse identità individuali e collettive che sul loro fondamento si sono istituite. Il fenomeno che devasta l'umanità a livello planetario è oggi il fondamentalismo sia religioso che (paleo)scientifico, ciascuno che si arroga una posizione dominante nella gerarchia dei valori in nome di una verità assoluta. Questi fondamentalismi si appoggiano nelle loro pretese sulle trasformazioni imponenti che le loro verità hanno prodotto, nel tempo breve degli ultimi 3000 anni, a livello delle istituzioni sociali ed a livello della formazione di un *sensus communis* che consente oggi traffici e negoziazioni tra le più lontane tradizioni locali. Ma vien da pensare che queste verità, concepite al servizio dell'uomo, sono oggi solo al servizio di se stesse e, in nome di Dio o in nome della Natura, esse lasciano sgocciolare via la piena umanità dell'esserci. Come una madre, rappresa in una sua identità fossilizzata, non apprende il-figlio-che-diviene, esponendo questo a un "destino" autistico, così queste verità, incapaci di comprendere l'uomo-che-diviene nella sua incompiutezza ontologica, lo fissano nella condizione di oggetto assoggettato ad un Ordine (sopra)naturale. Le derive autistiche a livello individuale (una per tutte: le tossicodipendenze) si riflettono in quelle forme di autismo collettivo rappresentate sia dalle teocrazie sempre più ridotte a residui fossili sia dalla tecnocrazia (figlia e serva

dell'accoppiamento tra paleoscienza e poteri economici) che minaccia di sommergere il mondo con le proprie scorie.

Sotto la cappa di un "rifiuto" planetario il cuore dell'uomo continua a battere e l'orizzonte comprensivo di un pensiero "debole", di un nuovo e diverso confronto con il mistero dell'"evento", dello sviluppo del dialogo come fonte di conoscenza, nella rinuncia al confortevole raccoglimento negli assoluti, e quindi nell'accettazione della sfida del relativismo cognitivo che da ogni dove ci viene lanciata, vibrano in ciascuno di noi le parole di Pablo Neruda: «*È per nascere che siamo nati*».

## VII. Le conversioni terze: il farsi altro

Ho concluso il paragrafo precedente con il paradosso di nuovi ri-nascimenti oltre il dato empirico dell'essere nati una volta per tutte. La razionalità relegherebbe questo enunciato nel regno fantasioso della poesia, oltre i confini certi dei propri dominî scientifici e teologici, ed affermerebbe: «O si è nati o non si è: *terzium non datur*». Verità e falsità si escludono reciprocamente e ogni mediazione ha il carattere evanescente del fantasma che turba il nostro sonno e che, quando appare nelle nostre dimore quotidiane con il suo essere non essente, scardina le nostre sicurezze avvolgendoci nel suo manto: l'angoscia senza nome.

Ho recentemente scritto (2006):

> *"Sicuro": dal latino* se-curum *dove il* se- *indica privazione e* cura *significa* «*interessamento solerte e premuroso per un oggetto, che impegna sia il nostro animo che la nostra attività*» *(Vocabolario Treccani). Chi è "al sicuro", appoggiato coi piedi su un fondamento assunto come irriducibile verità, è dunque esonerato da "ogni interessamento solerte e premuroso", essendo, per lo più, tale fondamento non solo una convenzione cognitiva, ma anche una convinzione etica (basta qui ricordare l'"etica della convinzione" confrontata con l'"etica della responsabilità" in Max Weber* [*Op. cit.*]*).*

Nell'urto incessante tra identità radicate nei loro fondamentalismi razionali, ciascuna sicura di sé nel proprio *sensus privatus*, si indebolisce quel *sensus communis* che pure la razionalità ha prospettato all'interno dei propri paradigmi. Ma se, come abbiamo visto fin'ora, questi paradigmi si indeboliscono, ciò che essi mantenevano ai loro margini prende spazio con una nuova con-sistenza. Il divenire – l'uomo e il mondo che insieme divengono – non è più restringibile nell'ambito angusto della prevedibilità empirica né in quello della prevedibilità di fede in

una vita ultraterrena. Eventualità, emergenza, possibilità, mutazione sono alcuni concetti chiave che pongono le cose in una realtà diveniente, che si sottrae ad ogni definizione chiusa, sottraendole alla fissità del loro apparire perfette cioè chiuse nel loro tempo passato, quali che siano le trasformazioni che deterministicamente possano subire ad opera di cause altrettanto chiuse, perfette. Un principio di indeterminazione impregna il nostro sapere tanto nelle scienze fisiche (Heisemberg) quanto nelle speculazioni filosofiche (il viraggio del *Dasein* da soggetto a progetto), e il futuro, nella sua sostanziale imprevedibilità, entra con forza anche nel sapere psicoanalitico attraverso quel poderoso trittico composto nel titolo *Memoria del futuro* (Bion).

Heidegger (1927) fa di "cura" una parola chiave per leggere l'esistenza (il *Dasein*) in quanto co-esistenza (*Mit-dasein*), e distingue la cura autentica (*Sorge*) da quel curare inautentico (*Besorgen*) che ha il significato di procurare ciò della cui mancanza l'altro soffre. L'autenticità della cura consiste dunque in un atto che a partire dalla trascendentalità della coscienza (l'empatia) si prende cura della libertà dell'altro: il farsi testimone "solerte e premuroso" della fatica che l'altro compie per sottrarre il suo futuro all'oblio, a quell'oblio prodotto dal suo essere smarrito nei labirinti del proprio passato.

Individui o società la cui identità è prevalentemente ancorata ad una razionalità identificatoria, che sono quindi portatori di una verità incontrovertibile, si dispongono a curare nel senso del *Besorgen*, in quanto questo atto è conferma e rafforzamento della propria verità, specie quando attraverso questo atto il "beneficiato" si conforma alla normalità identitaria del "benefattore": questo avviene nel ristretto circolo famigliare o tribale dove al bisognoso è garantita l'appartenenza al suo collettivo e il godimento delle sue risorse alla condizione che egli apprenda e pratichi il lessico "comune". Altrimenti è punizione (dal latino *poena*, la cui radice indoeuropea indica *pagare*) attraverso cui il "disubbidiente" paga il suo debito (il *dovere* non assolto) per i benefici ricevuti e non adeguatamente ricambiati. Ma la tutela della propria identità, non solo individuale ma anche collettiva, può arrivare al punto che la semplice apparizione del "diverso" provochi una reazione d'allarme che scatena una violenza distruttiva che esclude *ab inizio* ogni tentativo di assimilazione dell'altro alla propria normalità. Nessuna differenza tra la "follia" omicida a livello individuale e gli stermini di massa di intere popolazioni (Remotti, 1996): in entrambi i casi il senso privato, comune alla comunità di appartenenza originaria, impedisce l'accesso ad un senso comune esteso anche al "diverso", che va eliminato perché il suo stesso esistere compromette la pretesa di unicità della verità che l'identità identificatoria sostiene e da cui è sostenuta.

Se la prima conversione consiste nell'emergenza della coscienza come co-intenzionalità trascendentale da quel grumo biologico prementale (non proto-mentale) che è lo zigote nei primi tempi del suo sviluppo, e se la seconda conversione consiste nell'assumere come propria la "normalità" linguistica e comportamentale del proprio ambiente, sono solo le conversioni terze che consentono all'uomo il suo pieno *Mitdasein*: non è ancora co-esitenza quella in cui si declina l'esistenza attraverso le sue prime due conversioni, perché l'altro è assunto nel proprio orizzonte solo in forza di una consonanza intenzionale o in forza di una condivisione di paradigmi razionali reciprocamente compatibili, di valori corrispondenti ad una medesima verità, anche se variamente declinata. Ma solo quando la diversità si annuncia come prodigio, quando essa mobilita non allarme ma stupore, quando la coscienza e la razionalità si dispongono ad un'apertura tale da consentire un moto di "interesse sollecito e premuroso" verso ciò che fa sentire la verità con cui si è fino ad allora identificato come una gabbia e non più come una forza, solo allora si apre per lui la possibilità di una conversione terza. Uso questo aggettivo ordinale non solo perché indica un momento mutativo dell'esperienza successivo ai primi due, ma perché contiene un riferimento alla "terzità", termine con il quale si indica un evento altro rispetto ai fatti che sono in gioco in un accoppiamento stabile ed abituale. In questo ordine di relazioni ogni fenomeno "terzo" che minaccia di alterare la sua stabilità è prevalentemente visto con diffidenza e, quando dovesse produrre un'"alterazione" dell'identità della relazione di accoppiamento, esso viene represso nei modi più diversi.

È superfluo sottolineare che la repressione a cui faccio qui riferimento è cosa del tutto diversa da quella a cui si riferisce Freud: egli sostiene (v. in particolare Freud, 1929) che la repressione si rivolge contro un *primum*, contro le energie pulsionali nelle loro espressioni anarchiche, e che solo grazie alla repressione le medesime pulsioni possono essere utilizzate, *via* sublimazione, per la costruzione della civiltà. Nella prospettiva antropologico-esistenziale è l'apertura al terzo che viene repressa, cosa che inibisce la crescita individuale come lo sviluppo di intere civiltà, sotto il monito del *tertium non datur*: la verità unica e assoluta è la fortezza in cui si rinserra l'identità individuale e collettiva.

Perché l'apertura al terzo sia autentica *Sorge* essa non può ridursi ad una manifestazione caritativa o di supponente tolleranza. Essa necessariamente implica una disidentificazione, per quanto parziale e oscillante nel tempo, dell'esserci (*Da-sein*) che diviene un con-esserci (*Mitdasein*): questa trasformazione avviene alla temperatura dello *stato nascente*, produce "quel rinascere per cui siamo nati". Voglio con ciò dire che il terzo a cui ci si apre ci fa sperimentare specularmente una nostra

propria intima alterità: non siamo più gli stessi. Nel concepire l'Altro nella sua diversità, nel fare Altro l'altro, noi stessi ci *alterifichiamo*. Conio questo neologismo per sottolineare il *novum* di questa conversione rispetto a quella già compiuta, "perfetta", dell'identificazione.

Ma la *ratio* con la quale necessariamente cerco di nominare l'innominabile evento dell'esperienza di rinascita (v. sopra la citazione di Heidegger sull'impensabilità dell'Evento che si sottrae alla ragione) produce enunciati che rischiano di veleggiare nel mondo degli universali, con una pretesa di verità in sintonia o in contrasto con mille altre pretese analoghe magari ben più documentate. Se parlo di esperienze vissute, queste devono essere *embodied* (direbbe Varela), incarnate in quel corpo vivente da cui nascono atti intenzionali della coscienza che concependo il mondo come Altro, ne viene a sua volta "alterificato". Allora, se parlo di esperienza di rinascita implico necessariamente un accoppiamento generativo di cui è paradigmatico l'accoppiamento amoroso. Sul piano del corpo anatomo-fisiologico l'accoppiamento è quella vicenda che consente a due gameti di compenetrarsi per la produzione di un nuovo ente cellulare che non è uguale alla somma dei caratteri dei due gameti ma è il prodotto delle loro imprevedibili combinazioni molecolari, è una vera e propria "terzità". Sul piano del corpo vivente l'accoppiamento sessuale umano nella sua *interezza*[8] è quell'evento per il quale due individui sono reciprocamente attratti dalle loro specifiche differenze, dall'essere l'uno per l'altro estranei, dove l'estraneità anziché essere rigettata nell'indifferenza o produrre timore, viene avvertita come un invito, come un appello a superare una frontiera per accedere ad un mondo libero da tutti i vincoli che costringono il proprio mondo abituale: "sono libero/a" è l'espressione magica che, oltre il suo significare non avere rapporti amorosi in atto, esprime la disposizione di un'esistenza a intrecciarsi in modo esclusivo ad un'altra esistenza, dischiudendo così lo spazio totalizzante di un "noi". Questo reciproco intenzionarsi come portatori di libertà – quella condizione utopica che accende per Kant "la più violenta delle passioni" – genera la prepotente necessità di scoprirsi, di denudarsi, di lasciare che l'altro possa accogliere la disadorna essenzialità della propria risposta all'appello. Da questo "perdimento d'amore", da questo "noi" incarnato, può scaturire una nuova declinazione del co-esistere nei modi della reciproca cura: una relazione inter-soggettiva in cui le differenze tornano a disegnarsi come alterità-in-rapporto, come un *Mit-dasein* non più affidato soltanto ad una consonanza intenzionale creatrice di uno

[8] La sessualità è in tutte le culture ampiamente usata per il raggiungimento di scopi individuali o sociali che la sottraggono alla dimensione dell'esistenza nella sua trascendentalità.

"spazio noi-centrico" (Gallese) ma allevata in un reciproco intenzionarsi come Altro, nei suoi limiti storici e nel suo implacabile anelito alla libertà.

Questa conversione terza in cui consiste il processo di alterificazione non ha quel carattere di stabilità che caratterizza le prime due conversioni: essa può essere abortita ed è in ogni momento esposta al ritornante dominio dell'identità secondo tradizione. Non sempre si regge "l'insostenibile leggerezza dell'essere" (secondo la felice immagine di Kundera), e la sicurezza, – il "sine-cura" – garantita dalla propria identità identificatoria, razionalmente "vera", è canto di Sirena nel mare aperto dell'alterificazione.

## VIII. Conclusione

Lo svolgimento di questo mio discorso potrebbe far pensare che io adotti il termine conversione (prima, seconda, terza) come un analogo di "fase" o "stadio", secondo una visione di uno sviluppo lineare della coscienza, a parità dello sviluppo dei processi cognitivi per Piaget, o delle vicende pulsionali per Freud. Il mio racconto è lineare – dalle Premesse alla Conclusione – ma non i suoi contenuti: se, ad esempio, dico che la prima conversione consiste nella mentalizzazione di un grumo di materia vivente, l'embrione, non intendo questo processo come compiuto una volta per tutte in una definita età, perché esso si sviluppa ogni volta che il corpo anatomico (*Körper*) diviene oggetto di coscienza e quindi corpo vissuto (*Leib*). Così, quando parlo degli affari del sesso ne sottolineo le sue componenti antropologico-esistenziali e parlo della medesima libertà di cui parlo a proposito della relativa emancipazione del soggetto intenzionale dal suo essere *subjectum* alla fisica molecolare e cellulare del mondo in cui inizialmente si forma, o della sua emancipazione, sempre relativa, dall'arbitrio altrui grazie allo sviluppo delle sue capacità razionalmente volitive. Non c'è momento dell'esistenza in cui non entrino in gioco quei modi cognitivi pre-razionali a cui Bion fa riferimento con la nozione di protomentalità, del cui fondamento neuronico la neurofenomenologia potrà forse un giorno dirci qualcosa di specifico, che si esprime nella produzione di "idee fetali" o di "pensieri selvatici" (Bion, 1998; Napolitani, 2002): qualunque esperienza che possa essere riferita ad uno "stato nascente" può essere compresa solo riferendoci ad una "protomente", che non può quindi essere ridotta ad una condizione di "immaturità".

Potrebbe inoltre apparire che l'identità, quale costruzione immaginaria fondata su processi d'identificazione, costituisca un vincolo che si

oppone a quella passione violenta che è l'anelito alla libertà. E, potremmo dire, qualcosa più che un vincolo: un animale in gabbia è quell'essere vivente che dispone di attitudini comportamentali perfettamente compiute e tali da minacciare l'ordine nel quale l'uomo lo costringe vincolandolo in una gabbia. L'uomo al contrario si va facendo in quell'indefinito processo antropopoietico attraverso quella condizione di cattività in cui è inscritto lungo tutto l'arco della sua vita: è la gabbia che lo fa diventare uomo, fino al punto in cui ne può parzialmente emergere o ne può modificare l'intera struttura. F. Remotti (1996) affronta il medesimo problema nel suo *Contro l'identità* nel quale sottolinea più volte che i vincoli identitari sul piano delle istituzioni culturali sono il terreno su cui l'uomo produce la sua umanizzazione nel suo storico divenire.

Solo quando l'identità identificatoria non concede spazi all'incontro con l'Altro, non tollera quella lacerazione che questo incontro le produce nel fare Altro se stessa (un parto!), l'uomo si declina in quell'esistenza mancata che Heidegger chiama *deiezione*. E qui torno alla proposizione di Kant circa il senso privato: il senso è *privato* quando è *comune* ad una collettività ristretta di tipo tribale, con i suoi riti rigidi e non "parlabili", con il suo ordine non negoziabile per cui l'Altro non può essere che il nemico. È questo *senso arcaicamente comune* che si oppone anche violentemente ad un *senso attualmente comune*, il senso dell'incontro con il diverso (ciò che appare al di fuori del perimetro dell'*ethos* – della dimora delle origini), dell'apertura al dialogo, dell'amore nella sua autenticità.

Se mi sono soffermato sul tema della cura non è solo perché essa è un modo di manifestarsi dell'eros nei processi della conoscenza *concepitiva* (cioè non solo razionalmente apprenditiva e categorizzante), come già anticipato da Platone nel suo *Simposio*, ma perché attraverso questa prospettiva fenomenologico-ermeneutica la pratica psicoterapeutica si svincola dai canoni della tradizione positivistica in cui è nata. Ripropongo qui una delle citazioni di Kant che ho posto in epigrafe:

> *Chi può essere felice soltanto in base all'arbitrio di un altro (sia poi questo tanto benevolo quanto si vuole), si sente a ragione infelice.*

L'infelicità di una persona che chiede la mia cura non è la stessa cosa delle note dolenti con cui un malato informa il suo medico di un'insufficienza o di una disfunzione di un organo: l'infelicità è limitazione della propria libertà a progettarsi, a prendersi cura dell'Altro e quindi di se stesso, come se la sua coscienza fosse "a posto" solo nel suo continuare a trascendersi nell'Ordine tribale in cui è nato piuttosto

che in una nuova "comunanza" in cui si profila l'avventura dell'alterificazione.

Tutto il percorso fin qui tracciato intende contribuire allo sviluppo del progetto antropologico-esistenziale in cui confluiscono, organicamente intrecciate, tutte le discipline che si occupano dell'uomo nel *mondo-della-vita* (*Lebenswelt*), espressione introdotta da Husserl per distinguere il mondo, come costruito dalla coscienza intenzionale, dal mondo della scienza, che si fonda su una presunta obiettività della conoscenza che crede di operare su una cosalità in sé essente. Una scienza della coscienza non pretende di ridurre a pura illusione la scienza naturalistica ma introduce una riflessione sistematica sul fondamento coscienziale di ogni forma di sapere, cosa che viene oggi confermato clamorosamente dalla ricerca neuroscientifica: non più lo studio del cervello come parte di un corpo anatomico o biochimico in sé, ma come una co-costruzione ad opera di componenti materiali, geneticamente dati, e di componenti esperienziali della trascendentalità della coscienza. Il mondo-della-vita non enuncia dunque un principio astratto ed universale ma esso indica il farsi concreto del mondo per l'uomo che lo abita: la sua concretezza (dal latino *concretus*, part. passato di *concrescĕre*) si offre all'esperienza empirica attraverso la sua cultura, il che significa attraverso le sue istituzioni, dure, persistenti, perentorie come le pietre miliari che definiscono le strade dell'uomo in cammino. Nessuna differenza nel processo di formazione delle culture di intere comunità e il processo di formazione di quella singolare cultura che definiamo identità individuale.

Non c'è società umana che non sia la sua storia, dalle sue più lontane e oscure origini fino alla sua piena attualità, e non solo perché essa può essere ricostruita attraverso tradizioni orali o scritte o attraverso reperti archeologici o addirittura fossili, ma perché essa si ripropone nel presente sia in alcuni caratteri che appaiono assolutamente specifici e non contaminati da altre culture (i primitivismi culturali) sia in altri caratteri che raccontano le ibridazioni avvenute nel tempo con le più diverse culture. Possiamo con ciò dire che, salvo rarissime eccezioni, non ci sia oggi gruppo etnico che non presenti nel complesso delle manifestazioni della sua vita materiale, sociale e spirituale elementi ancora vivi, fattualmente attuali, di culture terze con cui si sia incontrato, e per lo più scontrato, nel corso del suo sviluppo. Anche per i gruppi etnici possiamo parlare di *conversioni terze*, e come per lo sviluppo dell'identità individuale ogni processo di *alterificazione* lascia tracce indelebili che si attualizzano nel comportamento e nell'ideazione, così avviene nei gruppi etnici in cui si combinano o si urtono disposizioni conservative fino ad estremi fondamentalistici con disposizioni aperturiste che fanno

dell'accoglimento attivo dell'estraneo un valore che produce ricchezza, nel senso più comprensivo del termine.

Possiamo con ciò affermare che ogni civiltà è in sé multiculturale come multiculturale è l'identità complessa di ogni singolo individuo ed, usando la metafora linguistica, possiamo dire che ogni forma di idiotismo (costrutto linguistico idiomatico, non inserito in un paradigma o schema di derivazione, dal greco *idiōtismòs*, "vita da privato"), costituisce, nelle relazioni interpersonali come in quelle interetniche, una "fortezza vuota" (l'autismo, secondo Bettelheim) che si oppone con violenza alla circolazione ermeneutica che alimenta il *sensus communis* nel suo divenire.

## *Post scriptum*

Prima di dare alle stampe questo mio lavoro, l'ho inviato in lettura a molti amici e colleghi, sia appartenenti alla mia medesima area culturale sia cultori di altre discipline, per riceverne commenti che mettessero in evidenza mie lacune espositive o aspetti critici dei contenuti che ho cercato di proporre. Mi è stata, tra l'altro, contestata una mia presunta unificazione tra psicologia e antropologia non solo per un loro reciproco rimando a comuni paradigmi epistemologici ma addirittura per una loro confluenza in un'unica sagoma professionale. Cerco di chiarire.

Ogni disciplina accademicamente statuita si declina in una grande varietà di pratiche professionali – le specializzazioni –, che reciprocamente si riconoscono affini per la comune matrice accademica. Così in medicina un internista, un chirurgo, un anatomista, un medico legale, un neuroscienziato, e ogni altro specialista o sottospecialista, hanno in comune il medesimo oggetto di osservazione, di indagine, di cura: un corpo come aggregato di molecole, cellule, organi, definiti e sempre meglio definibili nelle loro funzioni reciproche e di contatto con un mondo, esterno ai tegumenti in cui sono racchiusi. Anche lo psichiatra si legittima nell'ambito della medicina in quanto osserva, indaga e cura un particolare organo di questo corpo, il cervello come sicura base biologica di ogni processo senso-motorio, ideativo e quindi comportamentale.

E lo psicologo? Egli ha uno statuto accademico distinto da quello della medicina, differenziandosi quindi dal medico allo stesso titolo con cui se ne differenziano avvocati, filosofi, letterati, economisti e simili. Nessuno di questi assume però come suo riferimento fondamentale le istituzioni linguistiche e pragmatiche di un altro e, pur occupandosi tutte dell'uomo, non si occupano del suo corpo che rimane di ambito esclusivo della medicina. Perché soltanto la psicologia vi fa ricorso cer-

cando di trovare un suo spazio (ahi, quanto subalterno!) nelle istituzioni sanitarie e nel territorio delle scienze biologiche? Perché non valorizza e amplifica la sua ufficialmente riconosciuta autonomia epistemologica e professionale per diventare "ancella" del sapere e delle pratiche mediche? Perché le associazioni psicoanalitiche hanno sin dalle loro origini privilegiato come titolo per nuove associature coloro che vantassero una laurea in medicina? Perché nel corso della sottospecializzazione in psicoterapia gli allievi sono per lo più richiedenti precise informazioni sulle categorie diagnostiche, sulle cause patogenetiche, sui rimedi tecnici da adottare nel loro mestiere di terapeuti in funzione di presunte specificità patologiche, piuttosto che interessarsi a "che cosa significa pensare" a confronto del pensare del proprio cliente?

Il senso comune dell'operare scientifico è tutt'oggi fortemente ancorato ai paradigmi della macrofisica (e non più della microfisica) dominati dalla dicotomia soggetto/oggetto, di cui l'oggetto è empiricamente e statisticamente verificabile e prevedibile ed il soggetto è una variabile da tenere sotto controllo perché le sue inferenze nell'osservazione possono, oltre un certo limite, alterare l'"oggettività" dei fenomeni osservati a cui porre rimedio. Basti pensare all'enfasi che nella cultura psicoanalitica si dà alla "neutralità" dell'analista. Il potere persuasivo di questa logica è tanto imperante (anche al di fuori dell'ambito scientifico-professionale) da rappresentare l'ossatura della nostra identità culturale, da costituirsi come il senso comune che individualmente ci permea come patto di appartenenza alla comunità di cui siamo parte.

Il senso privato non è soltanto quello che fa riferimento ad una normalità originaria, ma può essere anche inteso come la proposta di nuove normalità in un mondo compattato su un suo consolidato senso comune. Questo tipo di proposta è promessa o minaccia di *alterificazione*, di un'esperienza di disidentità attraverso la quale si annuncia una terzità che, nel nostro caso, fa violenza alla logica del *subjectus versus objectum*, con il suo implicito monito: "*terzium non datur*". Nel suo aforisma più sopra citato Nieztsche dice fra l'altro che ogni nuova conoscenza entra nel mondo «piuttosto clandestinamente, per vie traverse, avanzando col capo velato o mascherato, simile a una delinquente e sempre almeno col sentimento di una contrabbandiera».

Se, come io faccio, non invento una nuova scienza ma rilancio, con miei modesti contributi originali, una prospettiva scientifica vecchia di circa un secolo, ma che ha avuto accoglienza in tutti i saperi umanistici ma non nell'ambito psichiatrico-psicologico di cui pure Binswanger (uno dei suoi fondatori) faceva parte, appaio come "un delinquente", non ostante il fiorire negli ultimi decenni di sviluppi teorici e di approcci clinici squisitamente fenomenologici. Per rimanere nel nostro ambito

professionale e nei confini del nostro paese basta ricordare i nomi prestigiosi di D. Cargnello, B. Callieri, L. Calvi, U. Galimberti, S. Mistura, G. Stanghellini, E. Borgna, G. Di Petta, M. Rossi Monti e di tanti altri che in varia misura considero miei maestri o, comunque, compagni di viaggio.

Non è questo, nella sua specificità locale, un esempio paradigmatico delle aperture laceranti del multiculturalismo così come oggi si impone a livello globale?

## BIBLIOGRAFIA


Alberoni F.: *Statu nascenti*. il Mulino, Bologna, 1971

… : *Innamoramento e amore*. Garzanti, Milano, 1979

Binswanger L.: *L'indirizzo antropoanalitico in psichiatria* (1946), ne *Il caso Ellen West e altri saggi*. Bompiani, Milano, 1973

Bion W.R.: *A memoire of future. The Past presented* (1977); *The Dawn of Oblivion* (1979); *The Dream* (1980). The Roland Harris Educational Trust. Tr. it.: *Memoria del futuro*, Cortina, Milano, 1993-2007

… : *Addomesticare i pensieri selvatici – Tre inediti*, a cura di Francesca Bion. Francoangeli, Milano, 1998

Damasio A.R.: *The Feeling of What Happens. Body and Emotions in the Making of Counsciousness* (1999). Tr. it.: *Emozione e coscienza*. Adelphi, Milano, 2000

De Martino E.: *Promesse e minacce dell'etnologia*, in *Furore, simbolo, valore*. Il Saggiatore, Milano, 1962

Eddington A.S.: *La natura del mondo fisico*. Laterza, Bari, 1987

Edelman G.: *The Remembered Present, A Biological Theory of Counsciousness* (1989). Ed. it., *Il presente ricordato*. Rizzoli, Milano, 1991

Foucault M.: *Storia della follia*. Rizzoli, Milano, 1963

Foulkes S.H.: *Il gruppo come matrice della vita mentale dell'individuo* (1971), in Wolberg L.R., Schwartz E.K. (a cura di): *Terapia di Gruppo*. Il Pensiero Scientifico, Milano, 1974

Freud S.: *Lettere a Wilhelm Fliess* (1887-1904). Boringhieri, Torino, 1986

… : *L'interpretazione dei sogni* (1899), in *Opere*, III. Boringhieri, Torino, 1978

… : *Al di là del principio di piacere* (1920), in *Opere*, IX. Boringhieri, Torino, 1978

… : *Il problema economico nel masochismo* (1924), in *Opere*, X. Boringhieri, Torino, 1978

… : *Il disagio della civiltà* (1929), in *Opere*, X. Boringhieri, Torino, 1978

Gadamer H.G.: *Wahrheit und Methode*. Mohr, Tubingen, 1960. Trad. it. di G. Vattimo: *Verità e metodo*, Bompiani, Milano, 1983

Gallese V.: *La molteplicità condivisa. Dai neuroni mirror all'intersoggettività*, in Mistura S. (a cura di): *Autismo. L'umanità nascosta*. Einaudi, Torino, 2006

Gaston A.: *Genealogia dell'alienazione*. Feltrinelli, Milano, 1987

Geertz C.: *The Interpretation of Cultures*. Basic Books, New York, 1973. Tr. it.: *Interpretazione di culture,* Il Mulino, Bolgna, 1987

Gehlen A.: *Der Mensch. Seine Natuur und seine Stellung in der Welt.* Akademishce Verlagsgesellscheft Athenaion, Wiesbaden, 1978. Tr. it.: *L'uomo*. Feltrinelli, Milano, 1983

Graves M.: *Greek Myths* (1955). Tr. it.: *I miti greci*. Longanesi, Milano, 1977

Heidegger M.: *Was heisst Denken?* (1954). Max Niemeyer Verlag, Tubingen, 1971. Tr. it.: *Che cosa significa pensare?*. SugarCo Edizioni, Milano, 1978

Heidegger M., essere e tempo (1927), Bompiani, Milano, 1971

Husserl E.: *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale* (1936). Il Saggiatore, Milano, 1972

Jaynes, J.: *The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind*. Houghton Mifflin, Boston, 1976. Trad. it.: *Il crollo della mente bicamerale e l'origine della coscienza*. Adelphi, Milano, 1984

… : *Consciousness and the Voices of the Mind*. PSYCHOLOGIE CANADIENNE, 1986, XXVII, 2

Kant I.: *Antropologia pragmatica* (1798). Laterza, Bari, 1969

Morin E.: *La methode III. La connaissance de la connaissance*. du Seuil, Paris, 1986. Tr. it.: *La conoscenza della conoscenza*. Feltrinelli, Milano, 1989

Napolitani D.: *Individualità e gruppalità* (1978), 2ª ed. IPOC, Milano, 2006

… : *Psicoanalisi e gruppoanalisi*. PSICOTERAPIA E SCIENZE UMANE, 1982, 16, 3

… : *La narrazione analitica tra semiotica ed ermeneutica. Il mentire come unica verità del "fare mente"* (1997), in Russo M. (a cura di): *Scrittura e narrazione*, pp. 193-214. Unicopli, Milano, 1999

… : *Antiche e nuove concezioni del "protomentale"*. RIV. IT. GRUPPOAN., 2002, XVI, 2

… : *Destino e progetto*, in Telfener U. e Casadio L. (a cura di): *Sistemica. Voci e percorsi nella complessità*, pp. 269-270. Bollati Boringhieri, Torino, 2003

… : *La mente bipolare: il "maschile" e il "femminile" nei processi cognitivi*, 2ª parte. RIV. IT. GRUPPOAN., 2004, XVIII, 2

… : *Ricordi e prospettive di uno psichiatra e psicoanalista "degenere"* (2006), in Dimarco G. e Nosé F. (a cura di): *La clinica istituzionale in Italia. Origini, fondamenti, sviluppi*. Stella, Trento, 2008

… : *La conoscenza tra scienza e coscienza. Apprendimenti e comprensione nell'incontro con l'Altro*. RIV. IT. GRUPPOAN., 2007, XXI, 3

… : *Sia fatta la volontà di…* . RIV. IT. GRUPPOAN., 2008a, XXI, 1

… : *La gruppoanalisi è psicoanalitica?* (2008b). In corso di stampa

Nieztsche F. (1882-1886) *Ditirambi di Dionisio*, in *Opere*, Adelphi, Milano, 1970, vol. VI, 4

… : *Umano, troppo umano* (1878), in *Opere*. Adelphi, Milano, 1982
Platone: *Simposio*, trad. it. Adelphi, Milano, 1984
Remotti F.: *Contro l'dentità*. Laterza, Bari, 1996
… : *Contro natura*. Laterza, Bari, 2008
Ricoeur P. : *Temps et récit*. Editions du Seuil, Paris, 1983. Tr. it.: *Tempo e racconto*. Jaca Book, Milano, 1986
Rizzolatti G., Sinigaglia C.: *So quel che fai*. Raffaello Cortina, Milano, 2006
Trevi M.: *Metafore del simbolo. Ricerche sulla funzione simbolica nella psicologia complessa*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1986.
Stanghellini G.: *Psicopatologia del senso comune*. Raffaello Cortina, Milano, 2008
Varela F.J.: *Neurofenomenologia. Una soluzione metodologica al "problema difficile"*. PLURIVERSO, 1997, II, 3: 16-39
Vattimo G., Rovatti P.: *Il pensiero debole*. Feltrinelli, Milano, 1981
Weber M.: *Wissenschaft als Beruf*, in *Gesammelte Aussätze zur Wissenschaftslehre*. J.C.B. Mohr, Tübingen, 1922; *Politik als Beruf*, in *Gesammelte Politische Schriften*. J.C.B. Mohr, Tübingen, 1958. Tr. it.: *La scienza come professione, la politica come professione*. Ed. di Comunità, Milano, 2001

Dr. Diego Napolitani
Via Vesio, 22
I-20148 Milano

# IL MONDO DEL DELIRIO. NOTE INTRODUTTIVE ALL'IPOTESI DELLA RICODIFICAZIONE SENSORIALE DEI PROCESSI NOETICI

C. PASTORE

## I. FENOMENOLOGIA DELL'INACCESSIBILITÀ

Il mondo delirante, manifestando la complessità del proprio campo *eidetico*, istituisce la grammatica dei vincoli entro cui si situano i processi intenzionali del curante. La gamma dei vissuti interni alla coscienza del curante, configura una riedizione, potremmo dire quasi puntuale, della gamma dei vissuti interni alla coscienza psicotica nel suo svolgimento temporale, dagli esordi predeliranti al delirio conclamato, sia esso strutturato o drammaticamente frammentato.

Il mondo psicotico si dà con la certezza indubitabile dei propri convincimenti, il delirante mette in scacco quella "prossimità" in cui si radica l'intersoggettività (e su cui si edifica, come scriveva Lévinas, il senso di responsabilità). Il sentimento di lontananza incolmabile produce, nel curante, l'*Erlebnis* di *inaccessibilità*[1]. Ma cosa appare propriamente inaccessibile? L'indubitabilità dei convincimenti non basta a renderne ragione, anche il più caparbio degli interlocutori, infatti, non è in grado di negarci la possibilità di sperare in un futuro assopimento dell'ostinazione. L'inaccessibilità, a ben guardare, fa pensare all'*impenetrabilità dei corpi*, nessuno di noi può attraversare le pareti,

[1] Su tale "inaccessibilità" si veda il bel saggio di W. Blankenburg: *Perspektivität und Wahn*.

tanto che, nel linguaggio comune, per denotare la caparbia ostinazione di qualcuno, diciamo: «Sembra di parlare al muro».

Ma se la grammatica dell'inaccessibilità evoca l'*eidos* dell'impenetrabilità, allora qui non è in gioco la falsità (o la verità) della convinzione delirante, bensì il suo carattere cosale: ciò che va manifestandosi nel discorso delirante si declina come *trascrizione cosale di un processo ideativo*.

Seguendo il metodo fenomenologico siamo giunti ad un primo importante risultato, ma la comprensione del fenomeno dell'inaccessibilità non è completa. Siamo, infatti, giunti ad affermare che un'idea delirante presenta i caratteri della datità cosale, della "cosa in carne ed ossa", ma, come Husserl scrive, la cosa si dà all'intuizione per adombramenti (*Abschattung*) successivi, essa, inizialmente *ritenuta* nella sua specifica determinatezza, giunge ad un tale riempimento mostrante in modo da portare a coincidenza il *ritenuto* con l'*intuìto*. L'atto dell'identificazione come riempimento si delinea come *evidenza*. Ma la gamma idealmente infinita degli atti di riempimento intuitivo che va dipanandosi nella catena degli adombramenti può incepparsi alla luce di nuovi atti di riempimento che contraddicono i precedenti e inducono l'osservatore a modificare la convinzione relativa all'identità della cosa che aveva di fronte "in carne ed ossa", come quando passeggiando di sera in un luogo alberato ci sembra di scorgere, tra le ombre, la figura di un uomo che poi si rivela essere un semplice arbusto. Questa semplice riflessione mostra che il grado di certezza interno al registro cosale non è, e non potrebbe mai essere, "assoluto", lasciando, così, intravedere uno spiraglio che nega l'autentica comprensione del fenomeno dell'inaccessibilità.

Ricapitolando, siamo giunti a comprendere che l'*Erlebnis* di inaccessibilità si dà come rivelativo di una struttura costitutiva del registro delirante, una struttura senza la quale l'idea delirante stessa non potrebbe manifestarsi. Questa struttura che abbiamo, ad una prima analisi, descritto nei termini di *trascrizione cosale di un processo ideativo*, ad un'indagine più approfondita, ha mostrato, tuttavia, significativi vacillamenti. La certezza incrollabile di qualsivoglia formazione delirante non può essere legittimamente derivata dal suo porsi nel registro della "cosa in carne ed ossa". Questo primo passo ha tuttavia il vantaggio di porre il modo della percezione come premessa fondativa inerente al rapporto tra esperienza e pensiero. La fenomenologia trascendentale ci consente di tematizzare quelle strutture senza le quali un oggetto non potrebbe manifestarsi ad un soggetto in generale, è in questo senso che non ha importanza, relativamente alle nostre analisi, trattare la specificità dei temi deliranti, in quanto il nostro interesse deve polarizzarsi su

ciò che, attraverso tutte le modificazioni possibili, resta immutato. A questo la fenomenologia di Husserl dà il nome di *essenza*. È proprio la manifestazione di questo strato immutabile dell'esperienza che conferisce agli atti della percezione un primato sugli atti intellettivi.

Certo, possiamo però affermare che un ente geometrico può essere solo pensato, non possiamo infatti fare esperienza del triangolo, tuttavia è possibile cogliere i nessi esistenti tra enti geometrici e il mondo dell'esperienza intuitiva come quando, husserlianamente, immaginiamo un segno sulla lavagna che, assottigliandosi sempre più, attraverso un *passaggio al limite*, diviene una retta. In questo *passaggio al limite* si manifestano degli enti che possiamo intuire e che configurano delle *oggettività ideali*. Le oggettività ideali si pongono come manifestazione di un campo oggettuale con le sue specificità grammaticali assolutamente indipendenti dal soggetto. Esse sono oggetto di intuizione sì, ma di *intuizione eidetica*, a differenza di una qualsivoglia determinazione cosale, non possono essere confutate dall'esperienza. Le *oggettività ideali* non si danno "sotto mille adombramenti", ma piuttosto alla piena luce dell'evidenza.

Siamo giunti, così, alla definizione delle *oggettività ideali*, esse possono essere colte mediante l'*intuizione eidetica*, tanto che la geometria può declinarsi come scienza *eidetica*. Ogni formazione delirante, per esser tale, deve sottrarsi alla possibilità di essere messa in discussione dall'esperienza, così come da qualunque intervento critico e, proprio per questo, essa manifesta il carattere dell'inaccessibilità. Ogni idea delirante, infatti, viene assunta, dal delirante, come *oggettiva*, ma alla materialità cosale di ciò che alla percezione si dà come oggettivo, egli aggiunge la potenza persuasiva dell'*idealità*. L'emorragia percettiva entro cui si situa la trascrizione cosale del processo ideativo non deve fare i conti con la possibilità di essere contraddetta da un qualche anello della catena degli adombramenti: essa assume dall'idealità la sua purezza e, conseguentemente, l'apodittica inattaccabilità della sua potenza veritativa.

Il curante si trova, nel confronto con una singolarità delirante, al cospetto di flussi ideativi che soggiacciono ad un processo di *ricodificazione sensoriale* (nella condizione pre-delirante, invece, è la percezione a soggiacere ad un processo di ricodificazione sensoriale) (cfr. Pastore, 2006) manifestandosi nel modo di un'intuizione che, dell'originario processo ideativo, conserva il carattere *ideale* e dell'intuizione il carattere di *oggettività* cosale, mostrando, così, un grado di riempimento, per così dire, assoluto, da cui l'*Erlebnis* di *inaccessibilità*.

Una paziente, che nel seguito di questo lavoro verrà indicata come il caso T., con delirio paranoideo e allucinazioni verbali, riferiva di sen-

tire la voce di Dio che le diceva che tutti gli esseri umani sul pianeta erano dei robot e che lei era costantemente "messa alla prova" in modo che Dio potesse valutare le sue reazioni nelle più disparate situazioni. Dopo circa dodici anni di psicoterapia con sedute settimanali (in periodi critici anche tre sedute settimanali) la paziente riferì che la voce le aveva detto: «Chiamali cani!». È evidente che si tratta di un mutamento significativo, i cani avevano sostituito i robot, il coabitare diveniva un *abitare con viventi*, la paziente mostrava uno spazio entro cui collocare la possibilità di un *contatto vitale* (Minkowski, 1997).

Dopo altri sei anni di psicoterapia, in una memorabile seduta, la paziente ci rivelò che non credeva molto a quello che le diceva la voce e che, a suo giudizio noi (erano presenti tre giovani psicoterapeuti ed un terapeuta anziano) non eravamo né cani né robot, bensì *attori*.

La dizione *attore* sembra molto congrua dal momento che uno psicoterapeuta, così come un attore, deve fare un lungo e faticoso *training* per poter *essere* ciò che interpreta, ma ovviamente, l'elemento consolante era che la paziente stava ulteriormente ampliando la sua capacità di *contatto vitale*. Nell'incontro con il mondo psicotico, il terapeuta si trova a dover sostenere, con ostinazione, la propria posizione come testimone dell'*impossibilità dell'incontro* e, nel contempo, proprio in virtù di questa sua ostinazione testimoniale egli deve farsi custode e garante di una *grammatica della possibilità*[2]. È solo nel parlare e nell'ascoltare, nell'incessante richiesta di chiarimenti, nel cauto e rispettoso domandare, nell'accogliere con autentico interesse per l'umano e le sue determinazioni possibili, ecc., che, l'altro sofferente, può essere esposto alla possibilità di un *intenzionare vuoto*. È così che quelle peculiari *oggettività ideali*, prodotte dalla ricodificazione sensoriale di *normali* processi ideativi, possono, forse, essere sfaldate. L'ipotesi teorica della *ricodificazione sensoriale dei processi noetici*, sembra capace di rendere, descrittivamente, ragione della pluralità dei fenomeni interni al campo della psicosi, tentando di delineare l'essenza delle operazioni antepredicative di queste peculiari esperienze.

Noi azzardiamo l'ipotesi che, se si radica il carattere esplicativo delle scienze neurobiologiche nell'evidenza fenomenologica, allora, sul versante neurofisiologico, è possibile concepire una *funzione di senso-*

[2] «Capita spesso che dal discorso del malato si possa enucleare una metafora e tu sai che la metafora è un'ipotesi da verificare, perché suggerisce una corrispondenza non univoca, non rigida ma aperta, motivo per cui non ti deve essere difficile svilupparla ed indurre il malato a farlo anche lui, fiorendo così una serie di variazioni eidetiche, che gli fanno toccare da vicino la sfera del *possibile* (corsivo nostro) e del diverso. Si tratta di frequentare di più la pluralità che l'unità, l'indifferenziato che il differenziato, il confusivo che l'evidente» (Calvi).

*rializzazione* (codice sensoriale) che, invadendo altri campi funzionali (percezione, memoria, immaginazione, ideazione, linguaggio, etc.), impone loro la *grammatica sensoriale* che viene così ad aggiungersi alle specifiche grammatiche delle funzioni ricodificate. Attraverso l'analisi delle possibili *commistioni*, risulta infatti possibile rendere ragione della pluralità dei quadri clinici interni al campo della psicosi. I lodevoli sforzi delle neuroscienze devono, a nostro avviso, concentrarsi sull'identificazione di questa *funzione di sensorializzazione.*

Le considerazioni inerenti ai casi clinici, di seguito riportati, tenteranno l'analisi di alcune di quelle *commistioni* a cui si è accennato, esse saranno, quindi, necessariamente iscritte all'interno dello sguardo che l'orizzonte teorico, da noi proposto, dischiude e che sembra istituirsi a partire dai vincoli che il campo oggettuale, da noi indagato, *impone*.

## II. Il caso T.

> *La voce mi dice che sono tutti robot, la voce, che è Dio, mi mette alla prova infliggendomi terribili sofferenze, se, ciò nonostante, mi comporterò bene, allora le mie sofferenze finiranno.*

T. presenta un classico delirio paranoideo con allucinazioni verbali.

Jaspers, nella parte prima del suo celeberrimo trattato, intitolata *Fenomenologia*, a proposito delle anomalie della percezione e delle alterazioni nella intensità delle sensazioni scrive (tr. it., pp. 65 e 66):

> *Tutti i suoni sono percepiti più forti, tutti i colori sono visti più vivi... Viceversa può esistere anche una diminuzione di intensità. Il mondo circostante appare più oscuro, il gusto più insipido, tutto ha un sapore quasi uguale (melancolia). Uno schizofrenico*[3] *racconta: «I raggi del sole impallidiscono dinanzi a me, quando, rivolto verso di essi, parlo ad alta voce. Io posso guardare tranquillamente il sole e ne sono appena abbagliato, mentre nei giorni normali, il fissarlo anche solo per qualche minuto, non mi sarebbe assolutamente possibile, come del resto avviene per gli altri»*.

Come si può osservare, Jaspers annovera, coerentemente con la tradizione psichiatrica, tra i disturbi della percezione, oltre alle illusioni da disattenzione, le illusioni emotive e le pareidolie, le vere allucinazioni, che sono «[…] *false* percezioni con carattere di *corporeità*, che non

[3] Si tratta del famoso Presidente Schreber.

sorgono dalla trasformazione di *percezioni reali* ma in modo completamente nuovo accanto e contemporaneamente a *percezioni reali*» (p. 72). Più avanti l'Autore scrive (p. 76):

> *Illusioni, allucinazioni, e pseudo-allucinazioni si manifestano con una straordinaria multiformità, e vanno dai fenomeni più elementari come scintille, fiamme, fruscii, scoppi, fino alla* percezione di oggetti formati, all'audizione di voci, alla visione di figure e paesaggi. Potremmo acquistare una maggiore chiarezza ed evidenza passando in rassegna i diversi campi sensoriali [car. tondo nostro].

Le allucinazioni verbali, iscritte nel più ampio capitolo delle allucinazioni in genere, sono descritte come percezioni di una realtà che non esiste. Allucinazione è prendere per vero (*wahrnehmen*) una realtà non vera; la realtà per la coscienza naturale, è ciò che mi sta di fronte ed ha il carattere della corporeità; è di fatto l'oggetto, sia in quanto oggetto visto che in quanto oggetto udito. L'atto percettivo della "visione" esemplifica bene il rapporto *naturale* tra un soggetto ed un oggetto.

Jaspers propone una definizione di oggetto dal chiaro sapore husserliano (p. 65):

> *Col termine oggetto, nel suo significato più ampio, chiamiamo tutto ciò che sta di fronte, tutto ciò che, con la visione interiore spirituale o con quella esterna, grazie agli organi di senso, percepiamo innanzi a noi, afferriamo, pensiamo e riconosciamo, tutto ciò a cui possiamo dirigerci come a una cosa che sta di fronte, che sia reale o irreale, evidente o astratta, chiara o confusa.*

Non meraviglia, quindi, che le allucinazioni verbali siano inquadrate, in Jaspers, nel paragrafo: *coscienza dell'oggetto.*

La voce che giunge *da fuori* va distinta dalla voce *interna*. «Perewalow, un paranoico cronico, distingueva le voci che parlavano direttamente dall'esterno attraverso muri e tubi, da quelle che parlavano tramite la corrente…» (p. 80).

Ma tratteniamoci ancora sulla percezione intesa come "prendere per vero" (Hegel, tr. it., p. 92):

> *Ma se al parlare, che ha la divina natura di invertire immediatamente l'opinione, di farla divenire altro e di impedirle così di* pronunciar parola*, io voglia venire in aiuto* indicando *questo pezzo di carta; in questo caso io faccio esperienza di ciò che in effetto sia la verità della certezza sensibile; così indico quel pezzo di carta come*

> *un qui di altri qui, o che è, in lui stesso, un* insieme semplice *di molti* qui*, ossia un universale; io lo prendo come esso in verità è e, anziché sapere un qualche cosa di immediato, io lo prendo per vero:* io percepisco.

Nella *Fenomenologia dello spirito* il capitolo *Percezione* segue quello sulla *Certezza sensibile*. Per Hegel la sensazione, come già aveva intuito Aristotele, è cosa diversa dalla percezione; questa è la verità della certezza sensibile e tale verità si sostanzia in un atto non-linguistico: l'indicare.

Ma l'indicare è possibile solo se l'indicato è visto, se presupponiamo la vista e la visione. Il paradigma della visione si dà, in questo caso, come paradigma della percezione in generale fungendo, così, da misura degli altri sensi.

Per quanto concerne la voce – scrive Sini (pp. 32 e 33) – come

> […] *evento gestuale non è e non può essere privato. Ne diamo prova di continuo col nostro abbassare la voce e bisbigliarci nelle orecchie. Ne danno prova gli innamorati, che in pubblico si guardano spesso, ma parlano pochissimo, e se si telefonano, hanno cura di chiudere la porta. Così facendo, essi testimoniano della loro consapevolezza circa la natura pubblica del gesto vocale. Vorrei dire a te e solo a te questa cosa, ma per il fatto stesso che la dico, potenzialmente la dico a tutti. La voce è di per sé un fenomeno* oggettivo*, qualcosa di* manifesto per tutti*: un evento pubblico e intersoggettivo* […] *la voce ha un ingombrante e decisiva oggettività.*
>
> *La voce* […] *fa apparire l'inaudito, pone nel mondo "cose" che prima non c'erano. Forse i loro sguardi già parlavano d'amore; ma fu solo quando dissero "ti amo" che la cosa accadde, venne al mondo in modo irrevocabile, ed essi stessi ne divennero consapevoli. La parola, cioè, rende i due pubblicamente consapevoli di ciò che essi sentono forse oscuramente, ma ancora non sanno*.

L'esistenza dell'allucinato verbale si installa nel cuore di una tracimazione sensoriale, il mondo diviene "assordante"; nell'esistenza lacerata dalle "voci" è bene evidente una protensione interrogante: «[…] *parlo tutta la giornata con la voce e le chiedo sempre se ciò che mi dice è la verità, ma quella mi prende in giro*», dice T.

La parola non può che evocare l'assente. La voce viene dal di fuori.

> *Infatti essa è il riflesso del di fuori autografico della voce che risuona. E così la trovò Socrate: come voce che parla nell'intimo e che dice il vero e il bene "in sé" e "per tutti", il bene "universale": l'origine stessa del pensiero "razionale" e della filosofia*. (*ivi*, p. 37)

Ma nel registro dell'allucinazione verbale, il mondo, ipersensorializzandosi, diviene assordante e, cosalizzandosi, si "smondizza". Possiamo così comprendere perché accade che il promanare della propria voce (realmente pronunciata o solo pensata) non possa che alienarsi nell'oggetto del proprio discorrere: la voce parlante diviene come "dimentica di sé" nell'oggetto parlato. Dal soggetto parlante promana la voce che tuttavia gli ritorna: la voce, in condizioni normali è un "promanare-provenire".

Husserl (1923-24), a proposito della percezione visiva, osservava che nel percepire una casa io sono, in essa, del tutto dimentico di me. Tale fenomeno diviene visibile solo con un atto di riflessione, cioè con quella che lo stesso Husserl definiva "percezione di secondo grado", una possibilità, questa, necessariamente preclusa al delirante; ecco perché l'indicativamente ricorrente "prendere appunti" da parte delle singolarità con allucinazioni verbali, nel tentativo di catturare, attraverso una memoria alienata nel segno grafico, il "contenuto" ché, se fosse ricordato, ristabilirebbe l'armonica dialogicità del *promanare-provenire* e, con essa, la possibilità di una *percezione di secondo grado*. Ma, da un altro punto di vista, v'è una sorta di conturbante *implosione sensoriale* che imprigiona il mondo dell'allucinato verbale nei luoghi di quella scritturalità sorgiva testimoniata dal frequente muovere le labbra che accompagna l'ascolto della voce allucinatoria e che suggestivamente rievoca i medievali *pii borbottamenti* di cui scrive Illich.

Questi fenomeni rappresentano la riconsegna esistentiva, anche se mai completa, al paradigma della visione in una oscillazione che sembra non ammettere tregue. Possiamo riconoscere una voce come "assolutamente proveniente", soltanto se alla sensoriale percezione auditiva dello stendersi diacronico dell'altrui dire non si associa il sentimento della sincronica presenza del proprio, corrispondente, progetto linguistico; in questo caso, possiamo esser certi di non stare parlando noi, bensì l'altro che chiede di essere ascoltato; ma come possiamo concepire una "voce" che, benché prodotta dalla nostra "testa", non venga riconosciuta come nostra? Una tale assurda circostanza è possibile comprenderla solo se la si guarda come un problema inerente al rapporto tra pensiero e linguaggio: quando parlo la mia stessa esistenza costantemente oscilla tra il "me" del progetto linguistico e l'alienarsi dello stesso nell'oggetto del mio dire. Nel parlare l'"esistere" non può

divenire "dimentico di sé" (come, diceva Husserl, ciò accade, ma nella percezione visiva), così come non è possibile divenire dimentichi di sé neanche nell'udire finché l'udire si colloca nel registro dell'ascolto. Infatti l'ascolto vive del riflesso autografico della promanante vocalità di colui che ascolta e non c'è modo di comprendere il fenomeno delle voci allucinatorie se non quello di concepirle come espressione del drammatico e incredibile manifestarsi di una "lettura" senza "scrittura": l'ascolto della "propria" voce, nell'allucinato verbale, si distribuisce tra il risonante autografico vocalizzarsi, luogo dell'intersoggettività, e la sorda sensorialità di un'ingombrante "percezione" che, parzialmente, costringe l'esistenza nel paradigma di una peculiare *visione* in grado di precludere quello scarto differenziale, di vichiana memoria, entro cui si situa l'abisso tra *certezza* e *verità* che, così, più non si distinguono. Per essere chiari, ciò di cui è vittima T. sembra essere un'*emorragia percettiva* e la percezione per antonomasia è rappresentata dalla visione, perché solo in essa è concepibile essere *molto vicini* al *divenire dimentichi di sé*.

Chiamiamo "emorragia percettiva" la *ricodificazione sensoriale di processi noetici* quali l'immaginazione e la concettualizzazione. Nel caso in esame la ricodificazione sensoriale si imprime sulla concettualizzazione (pensiero verbalizzato), cioè sul dialogo interno che così assume quel carattere di corporeità delle "cose" a cui si accompagna il naturale sentimento di incrollabile certezza.

T., quando pensa, si aliena a tal punto nel discorso pensato o nel ricordo di un discorso udito che, divenendo assolutamente dimentica di sé, percepisce il proprio pensiero come estraneo, suggerito da qualcuno di cui sente la voce. Ecco perché sarebbe forse più rigoroso affermare che gli allucinati non *sentono* le voci, bensì le *vedono*.

È forse utile ricordare che Husserl, nelle *Lezioni sulla sintesi passiva*, nel prendere le distanze da Kant, sottolineava l'indipendenza delle manifestazioni fenomeniche dalla struttura della soggettività, cioè, ciò che appare, non si dà come materia informe successivamente plasmata dalle apprensioni soggettive. Come acutamente ricorda Vincenzo Costa (1999, p. 225): «L'atto noetico diviene, di conseguenza, non la messa in forma soggettiva del mondo, ma la *presa d'atto di una forma e di una direzione di senso che si è costituita passivamente, e alla quale il soggetto può solo "aderire"*». Ciò detto, se il pensare che "parla tra sé e sé" o che ricorda l'altrui dire, soggiace al processo di ricodificazione sensoriale, allora il pensare stesso si dà al soggetto come *presente impressionale* che "colpisce l'io" e lo invita, husserlianamente, ad "aderire", cioè al *volgimento attivo*: questa è la genesi di un'allucinazione verbale. Se il paziente, soggiace ad una *ricodificazione sensoriale dei*

*processi noetici*, non può accedere alla possibilità di compiere un atto di riflessione che ponga come oggetto tematico il processo percettivo stesso (percezione di secondo grado di Husserl) perché un tale atto, soggiacendo, esso stesso, al processo di ricodificazione sensoriale, perderebbe proprio ciò che gli inerisce in modo essenziale: il proprio costituirsi come *momento di desensibilizzazione*. Pensare, scriveva Hannah Arendt, è *desensibilizzarsi*.

D'altro canto, che T. sia vittima di una ricodificazione sensoriale dei processi ideativi, sembra essere confermato anche dalle gravi difficoltà di *rimemorazione* di cui più avanti si descriveranno le conseguenze sul piano della temporalizzazione dell'esistenza. La ricodificazione sensoriale dei processi ideativi, infatti, produce, in questi ultimi, l'assunzione parziale (vedi paragrafo I) della *grammatica* del registro percettivo. Non a caso, si diceva, T. manifesta problemi di *rimemorazione* e non di *ritenzione*, una differenza molto importante che Husserl, negli anni '20, ha ben chiarito: «ogni ritenzione è ciò che è, ed ha il suo modo intenzionale solo all'interno del percepire fluente nel quale è sita. La rimemorazione è invece un modo della ri-percezione, non è cioè precisamente una percezione; ma un costituirsi di nuovo, un iniziare di nuovo con un "ora" originario e uno spegnersi ritenzionale, ma appunto nel modo della riproduzione» (1966, tr. it., p. 160).

Insomma, tra ricordo primario (ritenzione) e ricordo secondario (rimemorazione), v'è la differenza radicale che separa la percezione dalla non-percezione. «Nella ritenzione non si costituisce autenticamente il passato, ma la percezione stessa: la ritenzione appartiene alla sfera della presentazione» (Costa, 1966, p. 69).

Ma allora Jaspers ha ragione ad appiattire le allucinazioni verbali sul paradigma della visione. Il tipo di delirio di cui si sostanzia l'esistenza lacerata dalle *voci*, in coerenza con la grammatica percettiva, preserva l'incredulità, esso si modifica in continuazione, sembra procedere per *adombramenti*: «*... adesso la voce mi ha detto che non sono tutti robot. Mi ha detto: "chiamali cani", e poi lui non è più Dio...*», T. pone continuamente domande alla voce affinché essa pronunci una parola definitiva, affinché possa esser *certa* della sua *verità*.

È evidente, qui, l'effetto che la ricodificazione sensoriale del pensiero verbalizzato produce in termini di impronta grammaticale: il pensiero verbale procede per *adombramenti* (grammatica della percezione), ma la convinzione incoercibile di stare parlando con un'entità esterna, manifesta l'elemento *ideale* che, insieme alla materialità cosale prodotta dalla grammatica della percezione dà luogo a quelle *peculiari oggettività ideali* di cui si è detto nel paragrafo introduttivo.

T., con la quale dialogo da oltre diciotto anni, prende continuamente appunti, ma non ricorda nulla di ciò che è accaduto il giorno prima. Ella annota le proprie esperienze in un quaderno, appuntando, talora, la data e, più raramente, persino l'orario.

T. sembra vivere nell'orizzonte di una mera databilità, ma nell'intento fattivo e costante di rimpossessarsi della *possibilità* di ricordare.

T. non è completamente schiacciata sul registro della percezione (come vorrebbe Jaspers), sebbene ci sia molto vicino; ella è iscritta nell'ordine della *peculiare oggettività ideale* di cui si è detto, sul piano della temporalizzazione, si fa evidente una grave alterazione ed è sul versante del *databile* che tende drammaticamente a precipitare la sua esistenza delirante.

## III. Note sulla temporalizzazione dell'esistenza delirante[4]

T.: *«Non ce la faccio più, mi sento scema, non mi ricordo niente, senza memoria non c'è intelligenza»*.

L.: *«Non la voglio la memoria, non voglio che sia presente. Non sarebbe giusto fare cose sempre nuove, forse? Il ricordo mi crea agitazione, mi sento molto vecchio. Io "divento" e basta. Io divento senza progetto»*.

Nello scarto differenziale che contrappone l'esistenza pre-delirante di L. all'esistenza delirante di T. può situarsi qualche riflessione intorno alla natura ancipite del tempo, natura ben nota al pensiero occidentale, basti pensare, tra i tanti, a Platone, Aristotele, Agostino, Husserl, Bergson, Heidegger. Secondo Marramao (p. 9) alla *rappresentazione* del tempo fa riscontro un *sentimento* del tempo. La prima andrebbe esteriorizzandosi e oggettivandosi nell'*inautenticità* del calendario o se si vuole dell'orologio, il secondo avanzerebbe con la cristallina *autenticità* del *flusso vitale* sovrabbondante di immediatezza patica.

[4] Le riflessioni che seguiranno necessitano di un confronto che ponga in evidenza lo scarto differenziale tra temporalizzazione dell'esistenza pre-delirante e la temporalizzazione dell'esistenza delirante. Tale riflessione, che per lo spazio a nostra disposizione, non è possibile mostrare nei dettagli, è parte di un libro, in corso di preparazione, a cui collaborano la dott.sa Maria Cristina Mastrocola e la dott.sa Carla Tagliatatela.

Con L. si indicherà l'iniziale del nome di un paziente in stato pre-delirante.

> *Poiché il padre, che l'aveva generato, vide muoversi e vivere questo mondo divenuto immagine degli eterni dèi, se ne compiacque, e pieno di letizia pensò di farlo ancor più somigliante al suo modello. Come dunque questo è un animale eterno, così anche quest'universo egli cercò, secondo il suo potere, di renderlo tale. Ora, la natura dell'anima era eterna, e questa proprietà non era possibile conferirla pienamente a chi fosse stato generato: e però pensa di creare un'immagine mobile dell'eternità, e ordinando il cielo crea dell'eternità che rimane nell'unità un'immagine eterna che procede secondo il numero, quella che abbiamo chiamato tempo. E i giorni e le notti e i mesi e gli anni, che non erano prima che il cielo nascesse, fece allora in modo che anch'essi potessero nascere, mentre creava quello. Tutte queste sono parti di tempo, e l'"era" e il "sarà" sono forme generate di tempo, che noi inconsapevolmente riferiamo a torto all'eterna essenza*. (Platone, Timeo, 37 d, e)

Come, acutamente, rileva Marramao, in questo passo Platone chiama *chronos*, il tempo di cui facciamo esperienza sensibile, e *aiòn* il tempo eterno di cui *chronos* rappresenterebbe il movimento. Ma intendere il tempo come immagine mobile dell'eternità non rende ragione della complessità del testo. Infatti, continua Marramao, Platone scrive che il tempo è "*immagine* mobile dell'eternità", ma per dire "immagine" Platone non usa la parola *eìdolon*, che nel suo lessico starebbe ad indicare una copia immersa nella fallacia del simulacro, bensì usa la parola *eikòn* che vuol dire icona, nel senso di immagine autentica, quindi il tempo per Platone non è una caduta nella corruttibile sfera del sensibile, bensì fedele immagine della *durata*. Insomma in Platone, non c'è contrapposizione tra *tempo cronologico* e *tempo aionico*, bensì un'essenziale coappartenenza.

Questa coappartenenza sembra subire un'irrimediabile eclissi nelle esistenze di L. e di T.: non v'è possibilità di raccordo tra la scandita linearità temporale del loro concreto esistere e la ciclicità incessante dell'eterna vicenda della specie, tra la duratura inattualità della potenza e l'attuazione inquietante e gioiosamente sofferta del vivere.

> Chronos *è per Platone imitazione vera di* aiòn *in quanto* scansione, *declinazione* ritmica *della durata: una sorta di restituzione per* istantanee *del continuum di una trama filmica*. (Marramao, p. 16)

In T. non c'è restituzione di un *tempo in generale* attraverso la ritmica databilità delle istantanee, bensì ella assiste, impotente, al caotico dila-

gare di una molteplicità di fotogrammi che non si lascia ordinatamente raccogliere nell'unità del senso:

*«Quando andavo a scuola non capivo le lezioni, non lo sentivo mio il compito, non entrava niente nel mio ricordo. Prima si capisce e poi si memorizza, io "vedo" solo»*; eppure da queste poche battute sembrerebbe che T. abbia ricordo delle proprie esperienze passate, ma ella risponde:

*«Si, ma è come se fosse una reazione, io so che deve avvenire questa reazione, ma non avviene dentro di me. È come se io avessi un quadro e su questo quadro passano le immagini che non si fissano sulla memoria, non c'è memoria»*.

T. deve riempire ogni momento della giornata, anche durante le sedute deve avere un bicchiere d'acqua per sorseggiarlo in continuazione, fuma una sigaretta dopo l'altra e a casa, a tutto ciò, aggiunge un incessante bere caffé e un continuo spiluzzicare.

T., insomma, deve muoversi in continuazione e, come ricorda Bergson, lo slancio all'azione privilegia la forma-percezione sulla forma-ricordo e, infatti, T. ci dice che "vede" solo, senza ricordare; ella legge senza "capire", dimentica ciò che ha detto un minuto prima. Tuttavia T. comprende le immagini e le "riconosce", ad ogni incontro, nei suoi occhi si fanno chiarissime le tracce dell'ultimo congedo: ella mi "riconosce", eppure non ricorda nulla di ciò che ci siamo detti e di ciò che diciamo. Quando diciamo: "ella riconosce", vogliamo alludere alla struttura complessa del riconoscere, fatta, oltre che di percezione e ricordo, del felice impasto di questi due momenti che colloca l'oggetto "riconosciuto" nella totalità di rimandi di cui si nutre il significato emotivo, in modo che l'oggetto non possa mai essere ridotto alla mera struttura analogica di una semplice "istantanea".

L., al contrario, non "riconosce" le immagini, egli ne coglie solo l'ossatura, (Minkowski avrebbe parlato di "razionalismo morboso"), non si agita alcun significato emotivo.

In riferimento al disegno di un tenero cucciolo di gatto, T. esclama: *«Quanto è carino quel micetto»*; L., invece, a proposito della stessa figura, dice: *«È il disegno di un gatto»*.

Con buona pace dei semanticisti, da Korzybski, passando per Bateson, fino a Grinder e Bandler, quella di T. sembra essere una felice e auspicabile confusione tra la *mappa* e il *territorio*, tanto quanto in L. la perspicace attenzione a non confondere l'oggetto con la rappresentazione dell'oggetto (cioè la *mappa* con il *territorio*), coincide con un drammatico fallimento.

In T., per quanto concerne le immagini, v'è sempre una carica emotiva, un larvato rimando, ella le *capisce*, anche se non le fissa. Se,

d'altronde, si chiede a T. di commentare un qualunque, anche semplicissimo, brano scritto, ella non capisce assolutamente nulla, la scrittura per lei è indecifrabile. Le scritture fonetiche, infatti, a differenza delle scritture pittografiche e ideografiche, inducono nei loro "figli" una doppia dissociazione. Il segno grafico implica, infatti, la percezione visiva e, nel contempo, allude ad un suono: è questa la prima dissociazione *segno visivo-suono*. La seconda dissociazione sta nel fatto che quel suono, evocato dalla vista, deve, a sua volta, evocare un *significato*.

T., probabilmente, non "capisce" quando legge, perché essendo vittima di un netto prevalere della *forma-percezione* (ricodificazione sensoriale dei processi ideativi), le è precluso il raccordo della *vista* con la *voce* e, quindi necessariamente, non può approdare al *significato* e, rovesciando il discorso, ogni pensiero *proprio* cade inesorabilmente sotto i duri colpi di questa *emorragia percettiva* e si trasforma in voce allucinatoria. È chiaro che questo non vale per le immagini perché esse manifestano un isomorfismo strutturale con il significato: il significato si *vede*.

D'altro canto, bisogna aggiungere che T., quando scrive, pone in atto un evidente stile orale paratattico:

> *Un signore ha tanta fame e va a rubare in una gioielleria e ruba tutti i gioielli, ma lo stanno per acchiappare i carabinieri e lui scappa più presto che può. Poi quando sta fuori pericolo si mette seduto su un prato a guardare i gioielli e dietro un muro sbucano due ladri e si prendono i gioielli e lo picchiano a sangue e lui rimane tramortito per terra e si lamenta perché sente troppo dolore e si alza a stento e viene un cane e gli lecca i piedi e lui perché si sente male impreca e alza le braccia al cielo e gli viene all'improvviso il colpo della strega e rimane immobile e con le braccia e le mani alzate e il cane lo guarda un po' e poi gli fa pipì addosso perché l'uomo gli ricorda tanto l'albero e l'uomo grida disperato: «ci mancavi solo tu cane zozzo, mi sono capitate tutte le cose più storte che mi potevano capitare e tu sei il finale come completamento della giornata come la ciliegina sopra la torta che è l'ultimo tocco per completare l'opera»*.

Questo testo scritto presenta forti residui di oralità testimoniati dalla forte impronta paratattica che dispone la catena sequenziale degli accadimenti tutta sullo stesso piano. I numerosi accadimenti di cui parla il testo sono tenuti insieme da una serie interminabile di congiunzioni (e), venti congiunzioni per dieci righe di testo.

T., se legge il suo stesso testo, non è in grado di capirlo. V'è, a quanto pare, una frattura insanabile tra la dimensione orale e quella scritta, tra oralità e scrittura, cioè tra temporalità auditiva e spazialità visiva.

Il testo proposto da T. presenta le stesse caratteristiche di oralità presenti nel racconto della creazione nella Genesi di cui esemplare, sembra la versione, riportata da Walter J. Ong (pp. 65 e 66), di Douay del 1610:

> […] *prodotta in una cultura con forti residui di oralità* […], *molto vicina allo stile additivo del testo ebraico originario* […] :
>
> *«All'inizio Dio creò i cieli e la terra. E la terra era sgombra e vuota, e le tenebre stavano sulla superficie del mare; e lo spirito di Dio si muoveva sulle acque. E Dio disse: "Sia la luce". E fu la luce. E Dio vide che la luce era buona; e separò la luce dalle tenebre. Ed egli chiamò la luce Giorno, e le tenebre Notte; e ci fu sera e mattina, un giorno».*

L'impero della forma-percezione: T. ne coglie la drammatica sudditanza quando dice: *«È come se io avessi un quadro e su questo quadro passano le immagini che non si fissano sulla memoria, non c'è memoria»*.

T. non dice, infatti, «mi passano delle immagini nella mente che non si fissano sulla memoria» e non dice neanche «ho dei ricordi che mi passano nella mente come immagini che non riesco a fissare». Ella, per dire che cosa prova, è *costretta* a ricorrere ad una analogia: «È come se io avessi un quadro». Perché T. non si è limitata a dire: «Ho un quadro»? T. è caduta preda del registro visivo ma, conserva una *protensione interrogante*: ella dialoga con la voce allucinatoria nel tentativo, sino ad oggi fallito, di conseguire la *verità*. T. mantiene ancora un, seppur tenue, legame con la dimensione dell'*ascolto* che, come s'è detto, risulta ben lungi dall'essere riducibile ad una mera sensorialità. Questo è il motivo per il quale ella sceglie un'analogia con un oggetto intrinsecamente strutturato *per essere visto*, il quadro, ma la verità della propria condizione, in coerenza con le leggi dell'analogia e con la potenza disidentificativa del congiuntivo, non coincide con il percetto-quadro perché, se così fosse, ella avrebbe usato l'indicativo presente: «Ho un quadro…»[5].

Ricapitolando: T. non ha memoria del presente, patisce un progressivo appiattimento sulla sensoriale databilità della serie cronologica de-

[5] T. ha una buona cultura e, per molti anni, ha lavorato come insegnante nelle scuole elementari.

gli "ora", sottratto, dunque, alla duratura inattualità della potenza (Virno). L., invece, fallendo nelle sue ricognizioni prefigurative, vive nell'indatabile, nel *passato in generale*, permane nell'attesa immemorabile del proprio inizio. Queste due esistenze manifestano quadri clinici profondamente differenti:

– T. presenta allucinazioni verbali, organizza un delirio mutevole, è presente un sentimento di incredulità, soffre di psicosomatosi, manifesta evidenti fluttuazioni della sfera emotiva attraverso esplosioni di pianto, grida di rabbia, periodi di intensa depressione che gradualmente cedono il passo a periodi di relativo benessere. Non è presente schizofasia. Questo quadro clinico, coerente con quell'appiattimento sulla sensorialità della serie cronologica degli "ora", configura una *psicosi chronica*.

– L. non soffre di alcun tipo di allucinazione, è presente, a tratti, un'ideazione delirante, il sentimento prevalente coincide con una rarefatta sospensione, un'attesa[6] senza oggetto, non sono presenti fluttuazioni della sfera emotiva che permane in una condizione di statica atarassia, di stabile anedonia. L. non soffre di psicosomatosi, ma è schizofasico. Questo quadro clinico, intriso di quella duratura inattualità della potenza, sospeso nell'indatabilità di un *passato in generale*, configura una *psicosi aionica.*

– L. vive un presente, paradossalmente inattuale e T. vive la mera attualità del presente. Queste due differenti modalità dell'esser presente hanno in comune il fatto di non riuscire a costituirsi come *skopòs*, perché ad entrambe manca il *kairòs*, il "tempo opportuno", il "tempo debito", necessario al costituirsi di ogni proponimento, di ogni ricognizione strumentale alla realizzazione dello scopo. Platone, nella Repubblica, scriveva (II, 370b-c):

> […] *agirà meglio uno che eserciti da solo molte arti o quando da solo ne eserciti una sola? – Quando da solo ne eserciti una sola, rispose. – È chiaro d'altra parte, credo, che se uno si lascia sfuggire l'occasione opportuna (kairòs) per una data opera, questa opera è perduta. – È chiaro, sì. – L'opera da compiere non sta ad aspettare, credo, i comodi di chi la compie. E chi la compie deve starle dietro, senza considerarla un semplice passatempo. – Per forza. – Per conseguenza le singole cose riescono più e meglio e con maggiore facilità quando uno faccia una cosa sola, secondo la propria naturale*

[6] Si vedano le imprescindibili analisi di Minkowski sulla fenomenologia dell'attesa in Minkowski, *Le temps vécu* (trad. it., pp. 88-93).

> *disposizione e a tempo opportuno (kairòs), senza darsi pensiero delle altre.*

Il *kairòs*, come scrive Natoli, «designa una temporalità complessa e qualitativa» (p. 33), esso, se si fa riferimento alla radice indoeuropea della parola *krr*, designa l'armonia, l'accordo, ma per rendere più chiara l'ipotesi che guida il presente lavoro, noi preferiamo dire che *kairòs* designa il *raccordo* della dimensione *aionica* con la dimensione *chronica*. D'altronde Benveniste, come ricorda Marramao, propone una connessione del termine *kairòs* con il verbo *kerànnymi* che vuol dire "mescolare", "temperare" ed è forse proprio in quest'accezione che Platone lo usa nel passo citato della Repubblica: una *mescolanza opportuna*, una *miscela propizia* (cfr. Marramao, pp. 99-101). *Kairòs* è il tempo del nostro quotidiano decidere, è il tempo del prendere atto del contesto, del raccogliere e selezionare i mezzi in virtù dei quali realizzeremo i nostri scopi. Lo *skopòs* è la struttura squisitamente umana della decisione e il *kairòs* ne rappresenta la misura.

Nelle *psicosi aioniche*, così come nelle *psicosi chroniche*, il venir meno del *kairòs* determina la tragica eclissi del "proponimento" e della "decisionalità", mentre la "volontà" si mantiene presente e tristemente improduttiva. Sulla differenza tra volontà e proponimento, Aristotele, nell'*Etica Eudemia*, è molto chiaro (II B, 10, 1125b 32-37):

> *Ma neppure la volontà e il proponimento sono la stessa cosa. Si vogliono anche talune cose che sono impossibili, pur sapendo che sono tali, ad esempio di regnare su tutti gli uomini e di essere immortali, ma nessuno se le propone, a meno che ignori che sono impossibili; né in generale ci si propone ciò che è bensì possibile, ma che si ritiene non dipenda da noi fare o non fare. Perciò è evidente che è necessario che l'oggetto del proponimento sia tra le cose la cui esistenza dipende da noi.*

È sufficientemente chiara in T. la volontà, mai tramontata, di approdare ad una verità che possa offrirle una soluzione definitiva (ella, nei 18 anni dall'esplosione della sofferenza, ha anche tentato il suicidio ben due volte), mentre in L. è evidente la volontà di incontrarmi consumata nella speranza che l'attesa possa avere un compimento. Alla fine di una seduta domiciliare, ho chiesto a L.: «Che cosa succede quando vado via?» ed egli ha risposto: «*Mi rimane il tempo, un tempo indeterminato. Dato che il tempo è una cosa abbastanza grande, se io mi lascio prendere da questo tempo non faccio altro che considerarlo e quindi non so nemmeno io se considerarlo o chiamare un'altra volta il dottore. Io e il*

*tempo non siamo buoni amici, ci deve stare una persona che io devo vedere*»[7].

All'angoscia di un *tempo indeterminato* L. oppone il sollievo fugace di una *cronologia dell'apparizione*, e si fa evidente la separazione e il triste isolamento della *forma-percezione* (la visione) dall'intreccio complesso, con-fusionale degli altri sensi.

McLuhan, citando Dodds, ricorda come gli ammonimenti interiori degli eroi omerici si traducano in immagini pittoriche: nel primo libro dell'Iliade, Achille, scagliatosi contro Agamennone, viene trattenuto per i capelli da Atena (p. 85).

> *L'eroe è divenuto un uomo diviso nel mentre che procede verso un io individuale. E la "divisione" è visibile in modelli pittorici, o "artifizi", di complesse situazioni che l'uomo tribale e uditivo non aveva mai cercato di visualizzare. Il che vuol dire che detribalizzazione, individualizzazione e rappresentazione pittorica sono tutt'uno. La forma magica scompare proporzionalmente al manifestarsi visivamente degli eventi interni. Ma tali manifestazioni sono anche una riduzione e una distorsione di complessi rapporti che vengono avvertiti con maggiore pienezza quando vi sia un completo intreccio tra tutti i sensi contemporaneamente.*

Questo progressivo processo di separazione e isolamento della forma visiva – come abbiamo, in parte, già avuto modo di osservare – trae la sua origine dall'esperienza della scrittura fonetica. Ma, come osserva McLuhan, è solo con l'intervento della stampa, cioè con la produzione massiva di caratteri *uniformi* e *ripetibili*, che un tale processo giunge a compimento.

È utile ricordare che l'invenzione dell'alfabeto produce, in opposizione alle concezioni mitologiche e cosmologiche precedenti, una concezione del tempo cronologico, iscritta nel registro visivo: si pensi alla teoria dell'anamnesi di Platone dove la legittimazione della conoscenza viene affidata ad un "prima", tutto visivo, della contemplazione delle

[7] Una parte delle produzioni verbali dei pazienti a cui si fa riferimento in questo saggio è tratta dalle trascrizioni effettuate direttamente durante la seduta psicoterapeutica dall'Autore. Un'altra parte, più recente, è stata registrata mediante strumentazione digitale ed è attualmente oggetto d'indagine nell'ambito di un progetto di ricerca su *Linguaggio e Schizofrenia*, condotto dalla Scuola Sperimentale per la Formazione alla Psicoterapia ed alla Ricerca nell'ambito delle Scienze Umane Applicate - Asl NA1 (la cui coordinazione è a cura della dott.sa Monica Gemelli) ed il CIRASS, Centro Interdipartimentale per l'analisi e la sintesi dei segnali - Università Federico II di Napoli.

idee eterne e immutabili, rispetto ad un "poi" destinato a configurarsi come *impegno* e *lotta* per riportare alla mente le immagini veritiere dei trascorsi contemplativi dell'anima. Impegno e lotta, però, non a caso, rappresentano gli ingredienti essenziali al raggiungimento della *visione eidetica* e questo perché il processo di isolamento della forma-visione non era giunto a compimento. Ma un tale processo non giunge a compimento neanche con l'affermarsi della stampa, come pensa McLuhan, né vi giunge T. che, nonostante l'emorragia percettiva (e abbiamo detto che, in questo lavoro, quando parliamo del mondo delirante, consideriamo percezione per antonomasia la visione), mantiene una protensione interrogante in grado, sia pure molto parzialmente, di restituirle la dimensione dell'ascolto. E anche L. chiede aiuto ad una *cronologia dell'apparizione*, ma, certo, non risolve i suoi problemi. Abbiamo solo un caso in cui l'isolamento e la piena prevaricazione della forma-visione giunge a compimento: il grande delirio strutturato.

## IV. Il caso F.

F. ha 31 anni, vive con un padre invalido e due sorelle più giovani che si guadagnano da vivere facendo le *baby-sitters*. Non più di quattro anni fa, F. conduceva una vita normale lavorando in una salumeria in un quartiere centrale di Napoli. Una notte F. è caduto vittima di una grave crisi di agitazione psicomotoria, preludio al progressivo organizzarsi di un delirio strutturato. Il mondo cominciò a subire una drammatica metamorfosi, le persone, le cose, le strade, la propria casa, cominciavano a non essere più le stesse sebbene mantenessero elementi di enigmatica e inquietante familiarità. Una mattina, F. ed io iniziammo i nostri colloqui. Mi trovavo presso la sua abitazione, F. mi fece accomodare su di una sedia in un piccolo soggiorno munito di un letto dove egli, silenzioso, si ridistese mostrando, comunque, disponibilità a dialogare.

> *Il pianeta è stato invaso da extraterresti provenienti da una lontana galassia che ci distruggeranno. Io sono un eroe, prescelto da Dio, e sto lottando per scacciare i marziani.*

F., angosciato per questa invasione, esce tutte le notti, spinto dalla propria missione, per avvisare amici, conoscenti o anche semplici passanti, del pericolo che stanno correndo. Quando non esce, rimane sveglio tutta la notte, prestando attenzione ad ogni più piccolo fruscio scru-

tando, senza posa, la finestra e il televisore spento. Ma quale può essere stato il primo movimento di questo *mutamento pauroso*?

> *Mi hanno contattato telepaticamente perché Dio mi ha donato la capacità di leggere nel pensiero e sono stato scelto come salvatore del mondo. Nessuno soffrirà più, grazie a me le persone non moriranno più, per renderle immortali non devo fare altro che* guardarle*, io stesso sono immortale.*

F. è immerso nell'atmosfera apocalittica di un mondo inteso come pura auto manifestazione del disegno divino. Egli si fa protagonista e messaggero di un assoluto congedo dal mondo storico. Gli accadimenti manifestano la loro incontrovertibile verità, lo svolgimento temporale è pensato nell'ordine della qualità e dell'essenza, il tempo del mondo viene *visto* e pensato dal punto di vista di Dio. Siamo alle soglie di un nuovo inizio, di un nuovo tempo, la sua figura è l'*éschaton*.

> *L'aggettivo* éschatos *è una forma superlativa da* ek*,* ex*, e indica colui che si trova fuori, il più lantano di tutti. Èschaton pertanto significa,* l'ultimo, l'estremo, il più remoto*; allo stesso modo in cui la parola eschatià significa* la parte estrema, l'estremità, l'estremo limite. Èschaton *è dunque la fine dello spazio e del tempo nel senso dell'estrema ultimità. A differenza del télos, l'ultimità dell'*éschaton *non significa compimento e insieme ritorno: essa esclude il ciclo poiché designa un limite fisso rispetto al quale non è possibile avanzare né arretrare. L'*éschaton *consente di pensare, unicamente, a un nuovo inizio; seppur si mantiene nella figura del cerchio in essa si dà una congiunzione unica e definitiva dell'inizio con la fine.* (Natoli, p. 36)

F. racconta la propria esperienza con una sorta di euforia liberatoria, egli è testimone del disvelamento finale. Del resto l'*éschaton* è il tempo della fine e, in quanto tempo della fine, si configura come tempo apocalittico. Apocalisse è, come ricorda Natoli, rivelazione, svelamento.

F. dice: «*Finalmente ho capito*».

Il tempo della storia, fatto di dolorose contingenze, viene spazzato via dalla tracotanza apocalittica di una promessa di salvezza ormai compiuta.

F., coerentemente alla tradizione giudaico-cristiana, vive nella prospettiva del messia, le sue due sorelle sono cattoliche attivamente

impegnate, il sistema doxico-ideologico di immersione si dà come propulsore semantico di un disagio non altrimenti dicibile.

In questo caso la complessa struttura della temporalità – di cui s'è detto per gli altri casi – non subisce alcuna distorsione; ad essa, semplicemente, subentra *l'éschaton*.

La ricodificazione sensoriale dei contenuti ideativi in questo caso è completa.

In conclusione, la ricodificazione sensoriale dei processi noetici può interessare solo i contenuti dei *processi* ideativi e/o immaginativi e allora si manifesta un delirio sistematizzato senza allucinazioni.

Se la ricodificazione sensoriale interessa, insieme ai *contenuti* anche i *processi* inerenti il pensiero verbale e/o immaginativo, allora si manifesta un delirio sistematizzato con allucinazioni. Qualora ai due differenti casi sopra riportati dovesse aggiungersi il soggiacere dei *processi percettivi* alla ricodificazione sensoriale, allora si manifesterà un delirio non sistematizzato, rispettivamente, nel primo caso, senza allucinazione e, nel secondo caso, con allucinazioni.

## BIBLIOGRAFIA


Arendt H.: *La vita della mente*. il Mulino, Bologna, 1987

Aristotele: *Etica Eudemia*. Laterza, Bari, 1988

Blankenburg W.: *Perspektivität und Wahn*, in *Wahn und Perspektivität*. Enke, Stuttgart, 1991. Tr. it. parziale, di e a cura di V. Quaranta: *Prospettività e delirio*. COMPRENDRE, 2005, 15 : 11-32

Bandler R., Grinder J.: *The Structure of Magic*. Science and Behavior Books, Palo Alto, 1975. Tr. it. di A. Menzio: *La struttura della magia*. Astrolabio, Roma, 1981

Bateson G.: *Steps to an Ecology of Mind*. Chandler, S. Francisco, 1972. Tr. it. di G. Longo: *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano, 1976

Bergson H.: *Matière et mémoire*. Universitaires de France, 1959. Tr. it.: *Materia e memoria. Saggio sulla relazione tra il corpo e lo spirito*, a cura di Adriano Pessina. Laterza, Bari, 1996

Calvi L.: *Sogno ed evidenza. Sogno ed esistenza*. COMPRENDRE, 2005, 15: 54-57

Costa V.: *La generazione della forma. La fenomenologia e il problema della genesi in Husserl e Derrida*. Jaca Book, Milano, 1966

… : *L'estetica trascendentale fenomenologica. Sensibilità e razionalità nella filosofia di Edmund Husserl*. Vita e Pensiero, Milano, 1999

Hegel G.W.S.: *System der Wissenschaften, erster Teil, Die Phänomenologie des Geistes*. Joseph Anton Goebhardt, Bamberg und Würzburg, 1807. Tr. it. di E. De Negri: *La fenomenologia dello spirito*. La Nuova Italia, Firenze, 1973

Korzybski A.: *General Semantics, Psychiatry, Psychotherapy and Prevention*. Abridgment to AMERICAN JOURNAL PSYCHIATRY, 1941

… : *Science and Sanity: an Introduction to non Aristotelian Systems and General Semantics* (1933 e 1941). The International Non-Aristotelian Library, Lakeville, 1948, 3ª ed.

Husserl E.: *Erste Philosophie* (1923-24), Zweiter Teil: *Theorie der phänomenologischen Reduktion*. HUSSERLIANA, VIII, Boehm R. hrsg. Martinus Nijhoff, Den Haag, 1966

… : *Analysen zur passiven Synthesis*, a cura di M. Fleischer, Nijhoff, Den Haag 1966. Tr. it. a cura di Costa V.: *Lezioni sulla sintesi passiva*. Guerini, Milano, 1993

Jaspers K.: *Allgemeine Psychopatologie*. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, VII<u>te</u> unveränderte Aufl. (erste Auflage, Heidelberg, 1913). Tr. it. di R. Priore: *Psicopatologia generale*. Il Pensiero scientifico, Roma, 1964

Illich I.: *In the Vineyard of the Text. A Commentary to Hugh's Didascalicon*. The University of Chicago Press, Chicago. Tr. it. di Serra A. e Barbone D.: *Nella vigna del testo. Per una etologia della lettura*. Cortina, Milano, 1994

Lévinas E.: *Ethique et Infini*. Paris, Librairie Artème Fayard et Radio France, 1982. Tt. it.: *Etica e infinito: dialoghi con Philippe Nemo*. Roma, Città Nuova, 1984

Marramao G.: *Kairòs. Apologia del tempo debito* (1992). Laterza, Bari, 1993, 2ª ed.

McLuhan M.: *The Gutenberg Galaxy. The Making of Typographic man*. University of Toronto, 1962. Tr. it. di S. Rizzo: *La galassia Gutemberg. Nascita dell'uomo tipografico*, Armando, Roma 1976 (Consultata la quinta ristampa a cura di G. Gamaleri del 1995)

Minkowski E.: *La Schizophrénie*. Édition Payot & Rivages, Paris, 1997

… : *Le temps vécu*. d'Artrey, Paris, 1933. Tr. it. di G. Terzian: *Il tempo vissuto*. Einaudi, Torino, 1968

Natoli S.: *Teatro filosofico. Gli scenari del sapere tra linguagio e storia*. Feltrinelli, Milano, 1991

Ong W.J.: *Orality and Literacy. The Technologizing of the Word*. London and New York, Methuen, 1982. Tr. it. di A. Calanchi: *Oralità e scrittura. Le tecnologie della parola*. il Mulino, Bologna, 1986

Pastore C.: *Wahnstimmung. Recodification des processus perceptifs*. REVUE LE CERCLE HERMENEUTIQUE, 2006, 7 (*La Psychopathologie Phénoménologique*)

Sini C.: *Gli abiti, le pratiche, i saperi*. Jaca Book, Milano, 1996

Vico G.: *La scienza nuova*. Rizzoli, Milano, 1977

Virno P.: *Il ricordo del presente*. Boringhieri, Torino, 1999

Dr. Carlo Pastore
Via Rampe di Pizzofalcone, 32
I-80132 Napoli

# IL PROBLEMA DEL "DISTURBO GENERATORE"

G. STANGHELLINI
A. AMBROSINI
R. CIGLIA
A. FUSILLI

Il tema di questo contributo è il concetto di "disturbo generatore" (*trouble générateur*, TG) così come fu elaborato da Eugène Minkowski in una serie di scritti a partire dagli anni Venti. Questi scritti sono centrati sull'analisi della condizione schizofrenica e melancolica alla ricerca di un principio organizzatore di questi modi di essere al mondo. Il focus di Minkowski è assai più clinico che metodologico, cioè collimato sui fenomeni psicopatologici e sulla loro organizzazione piuttosto che sugli strumenti necessari per elicitare i primi e afferrare la seconda. Nonostante questa scarsa attitudine verso i problemi metodologici, il pensiero di Minkowski al riguardo del concetto di TG può fornire importanti riferimenti e spunti a chi è interessato ai fondamenti dell'operare del fenomenologo clinico. La domanda attorno alla quale ruota questa riflessione è la seguente: il TG è un concetto ermeneutico oppure ha una valenza causale-esplicativa? Questa domanda non ha perso di attualità; Sass e Parnas hanno di recente riesaminato il problema concludendo che i costrutti fenomenologici non hanno – come credono sia i detrattori della fenomenologia, sia non pochi fenomenologi clinici – una valenza esclusivamente descrittiva; essi possono assumere una fisionomia esplicativa, fondamentale per la costruzione di modelli etio-patogenetici dei disturbi mentali.

La nostra tesi, qui, è che il contributo di Minkowski resti sostanzialmente ambiguo riguardo alla natura del TG: se sia un costrutto generatore di senso, quindi ermeneutico, oppure generatore di sintomi, quindi esplicativo. Ciò non toglie che l'analisi di questo concetto, del modo in cui Minkowski lo applica alla clinica della schizofrenia e della melancolia, abbia ancora molto da dire circa il destino della psicopatologia fenomenologica: sul processo delle sue scomposizioni analitiche, sui cardini delle sue ricostruzioni sintetiche, e sulla natura della validità dei suoi costrutti.

Il primo passo del nostro lavoro sarà fornire una crestomazia dalle principali opere di Minkowski sul tema del TG. Poi illustreremo il modo di procedere di Minkowski nella ricerca del TG, a partire da uno dei suoi saggi classici. Infine, cercheremo di rispondere alla nostra domanda, mostrando le direzioni di ricerca da essa indicate.

## I. Il disturbo generatore nell'opera di Minkowski

Ne *La schizofrenia* il concetto di TG viene menzionato solo due volte nel Capitolo secondo, *Il disturbo essenziale della schizofrenia e il pensiero schizofrenico*. Minkowski afferma che «[…] ogni nozione clinica non ci diventa forse chiara e precisa solo a partire dal momento in cui siamo riusciti a darle un solido fondamento psicologico? Così vediamo la psichiatria moderna sforzarsi di mettere in evidenza i *disturbi generatori* delle entità cliniche che essa studia» (p. 51).

Le seguenti citazioni sembrano poter tracciare un quadro sufficientemente chiaro dell'argomentazione di Minkowski:

«I sintomi [della schizofrenia], come ha mostrato Kraepelin, sono interscambiabili, più o meno incostanti e portano a stati terminali identici. Essi devono dunque avere tutti qualcosa di comune ed essere soltanto l'espressione più o meno accidentale di un *processo morboso sottostante, sempre lo stesso.* È così che nasce il bisogno di *ricondurre tutta la ricchezza dei sintomi e dei quadri clinici ora inglobati nella demenza precoce a un disturbo fondamentale e di precisarne la natura*» (p. 46).

«Ovviamente questo disturbo non può essere ricercato tra i sintomi clinici ordinari, quali le allucinazioni, le idee deliranti, le manifestazioni catatoniche o gli stati di eccitamento e di depressione. Tali sintomi non hanno nulla di costante né di caratteristico, come abbiamo visto. Dovendo costituirne la base comune, il disturbo fondamentale non può trovarsi qui; deve essere ricercato al di fuori, su un altro piano. Gli sforzi per perfezionare la sintesi della demenza

precoce e per farne una vera entità nosologica si rivolgeranno dunque, in modo del tutto naturale, verso funzioni psichiche elementari. È qui che si spera di trovare la chiave di quel comportamento particolare che presentano tutti i dementi precoci, malgrado le varietà infinite che li distinguono gli uni dagli altri dal punto di vista sintomatico» (p. 46).

Alcuni Autori hanno tentato di spostare l'attenzione verso i fattori regolatori dello psichismo, verso le facoltà superiori:

- Kraepelin, per il quale il nucleo psicopatologico è un disturbo dell'astrazione, «dell'indebolimento delle spinte affettive della volontà e di una perdita dell'unità interiore, […] un venir meno delle idee dei sentimenti e delle tendenze di ordine generale» (p. 47);
- «Masselon invece mette in primo piano i disturbi dell'attenzione e paragona l'atteggiamento dei dementi precoci ad una perpetua distrazione» (*ibid*.);
- «Weygand, facendo proprie le nozioni di Wundt, parla di demenza apercettiva» (*ibid*.).

Secondo Minkowski queste nozioni della psicologia corrente non sono sufficienti a individuare il disturbo essenziale: questo non può essere ricondotto a nessun elemento della tradizionale triade intelligenza, sentimento, volontà: «Incapaci di tradurre il disturbo essenziale della demenza precoce, [questi Autori] cedono sempre più il passo a nozioni di altro ordine» (p. 47). «Per usare un'immagine – chiarisce –, il disturbo essenziale non altera una o più facoltà, quale che sia il loro ordine nella gerarchia delle funzioni, ma risiede piuttosto *tra* di esse, nello "spazio interstiziale"» (*ibid.*, corsivo nostro).

In questo spazio interstiziale Minkowski individua il TG della schizofrenia: la perdita del contatto vitale con la realtà. L'attenzione di Minkowski è completamente rivolta a identificare *quale* sia il TG della schizofrenia – non a illustrare *come* identificarlo. Riconosce a Bleuler il ruolo di battistrada: «Bleuler precisava i sintomi cardinali della schizofrenia che riguardavano l'ideazione, l'affettività e gli atti di volontà del malato. Ma, nello stesso tempo, grazie alla nozione di autismo, i fattori che avevano a che fare con l'ambiente cominciavano ad avere una parte sempre più importante nella sua concezione. La mancanza di scopi reali e di idee direttive, l'assenza di contatto affettivo orientavano il concetto su una nuova strada. Tutti questi disturbi sembravano convergere verso una sola e unica nozione, quella di *perdita del contatto vitale con la realtà*» (p. 49).

Cosa si intende per contatto vitale con la realtà? L'illustrazione che dà Minkowski è metaforica: «Il contatto vitale con la realtà riguarda

molto più il fondo stesso, l'essenza della personalità vivente nei suoi rapporti con l'ambiente» (*ibid.*). L'ambiente è considerato qui «[…] un'onda mobile che ci avvolge da ogni parte e che costituisce il mezzo senza il quale non potremmo vivere» (*ibid.*); «[…] il contatto vitale con la realtà riguarda il dinamismo intimo della nostra vita» (p. 50). «Così ho fatto del contatto vitale con la realtà il punto centrale della schizofrenia».

Dal punto di vista metodologico, quest'ultima sembra l'affermazione essenziale. Il TG è "punto centrale", il punto archimedeo che sorregge concettualmente tutto il costrutto minkowskiano di schizofrenia. Minkowski chiarisce così: «[…] lo squilibrio profondo del contatto con la realtà è nella schizofrenia non una conseguenza di altri disturbi psichici, ma *un punto essenziale da cui derivano o per lo meno a partire dal quale si possono intravedere in maniera uniforme tutti i sintomi cardinali di questa affezione mentale*» (p. 52, corsivo nostro).

Ne *Il tempo vissuto* – testo assai più filosofico rispetto a *La schizofrenia* – Minkowski fornisce qualche ulteriore ragguaglio circa la necessità di pensare in termini di TG e di struttura, piuttosto che di funzioni psichiche e sintomi isolati. Nel Libro secondo (Capitolo secondo) afferma che dietro i sintomi e le sindromi si cela la *personalità vivente*: «Dietro la confusione c'è una persona confusa, dietro la melanconia il depresso. In tal modo i sintomi si compenetrano intimamente e la sindrome non si basa più su una coesistenza puramente empirica e più o meno contingente di sintomi isolati, ma tende a trasformarsi in unità organizzata e vivente nel senso psicologico della parola. La sindrome clinica tende a divenire una sindrome psicologica» (p. 211).

È nei casi cosiddetti puri che si appalesa la natura di *unità organizzata* della sindrome psicopatologica: i «[…] casi "puri" che noi riconosciamo come tali ci permettono di scomporre i casi associati. Questa "purezza" in fondo non è altro che l'espressione del sentimento che abbiamo di fronte a certi malati quando cerchiamo di cogliere al vivo la loro personalità, che tutti i sintomi che essi presentano "si reggano", che si basino tutti su un solo disturbo iniziale, *che siano un'unità organizzata*, che rappresentino una vera e propria sindrome psicologica» (*ibid.*, corsivo nostro).

In questa pagina, Minkowski fa un'affermazione di principio che è l'epigrafe di quell'epoca della storia della psicopatologia che Lantéri-Laura ha chiamato l'epoca delle grandi strutture: «è così che nasce in psicopatologia la nozione dei *disturbi generatori*. La sindrome mentale non è più per noi una semplice associazione di sintomi ma

*l'espressione di una modificazione profonda e caratteristica dell'intera personalità umana*» (1998, p. 211). La psicopatologia fenomenologica va alla ricerca dell'unità strutturale profonda che sottende la congerie apparentemente eterogenea dei sintomi psicopatologici.

Per chiarire ulteriormente: «Il disturbo generatore corrisponde, sul piano psicologico, alla base anatomofisiologica delle sindromi somatiche. Tuttavia non avremo più a che fare qui né con delle funzioni, ma con la personalità vivente, una e indivisibile» (p. 212). Per far questo, come vedremo, bisogna «*penetrare al di là degli elementi ideici e anche dei fattori emozionali di una sindrome fino alla struttura intima della personalità morbosa che serve da intelaiatura e agli uni e agli altri*» (p. 214). I disturbi generatori sono disturbi elementari che si rapportano alla personalità intera e non a una qualunque delle sue funzioni, come ad esempio l'emotività o l'ideazione (p. 215).

## II. Il *modus operandi* di Minkowski alla ricerca del disturbo generatore

Minkowski fornisce ulteriori elementi per la definizione della nozione di TG nel saggio sulla struttura degli stati depressivi (*Structure des dépressions*). In questo saggio sono descritte approfonditamente esperienze e sensazioni abnormi di un uomo di 26 anni con diagnosi di "depressione ambivalente" (un sottotipo di depressione maggiore). Cercheremo in questo paragrafo d'illustrare e ripercorrere i passaggi fondamentali dell'indagine svolta da Minkowski.

– Punto primo: *analisi fenomenica*

Il paziente riporta le sue lamentele, Minkowski le registra con cura e ordina con sistematicità. Egli riferisce disturbi cenestopatici («Ho la sensazione di un arresto delle funzioni vegetative»), sensazioni di materializzazione («Non sono altro che un specie di funzione animale»), disturbi della coscienza di sé («Non sento più me stesso. Ho cessato di esistere») e disturbi dell'intersoggettività («Io risuono con le persone, rifletto le loro vibrazioni», «Ho l'impressione di essere spazzatura gettata nella vita, così tanto mi sento distante dagli altri»); seguono lamentele relative a disturbi dell'azione («Ho sempre la sensazione di incompletezza») e della temporalizzazione («Sono stato persuaso di essere una persona malata di tempo (*malade du temps*). Ho la sensazione che il tempo scorra molto velocemente, più velocemente che per gli altri, troppo velocemente e questo è atroce», «Non ho più la sensazione di continuità», «Sono ossessionato dal passato»). Fin qui

l'analisi minkowskiana rappresenta un magistrale esempio di psicopatologia descrittiva: egli registra le esperienze personali, nella loro idiosincraticità, inclusi quei fenomeni che non trovano categorizzazione nelle specifiche *checklist* diagnostiche. È da notarsi che egli non è interessato meramente ai sintomi psicopatologici tradizionalmente intesi (cioè agli indici diagnostici): non fa menzione né dei disturbi ideativi (deliri o altre "false credenze"), né delle alterazioni dell'umore (tristezza, disforia o anedonia).

– Punto secondo: *ricostruzione del mondo-della-vita*

Minkowski ricostruisce il mondo-della-vita del paziente, «l'esperienza vissuta del mondo reale che lo circonda» (Lantéri-Laura, 1993, p. 108), piuttosto che enumerare i suoi sintomi. A tale proposito egli mette metodicamente in parentesi o sospende tutti i contenuti ideo-affettivi (cognitivi e affettivi) dell'esperienza, e si concentra sugli aspetti formali e sulle configurazioni spazio-temporali implicite nelle esperienze del paziente. Gli "esistenziali" presi principalmente in considerazione sono lo spazio e il tempo vissuti, ma nell'indagine di Minkowski rientrano anche i modi in cui il paziente vive il proprio corpo, le altre persone e se stesso. Esaminate da tale prospettiva, le esperienze del paziente melancolico manifestano caratteristiche peculiari rispetto al mondo del senso comune. In tale stadio di ricostruzione del mondo vissuto, se da una parte è possibile sentire o immaginare cosa si prova a vivere in un mondo simile, dall'altra è ancora assente il nucleo che rende conto della significativa interconnessione delle sue parti.

– Punto terzo: *afferrare il* trouble générateur

Come spiegato da Urfer, tradotto letteralmente, *trouble générateur* significa disturbo "generatore" o "generante"; si riferisce alla caratteristica unità che sottende una peculiare tipologia di abnorme mondo vissuto (Sass, p. 255: «underlying unity characteristic of particolar types of abnormal lived world»), al nocciolo che sottende i sintomi manifesti in tutta la loro varietà e che li mantiene significativamente interconnessi o uniti (Urfer, p. 281: «kernel underlying the manifest symptoms in all their variety that keeps them meaningfully interconnected or united»).

## III. Il disturbo generatore e l'inconscio fenomenologico

Una sindrome psicopatologica non è meramente un'associazione di sintomi, ma «l'espressione di una profonda e caratteristica modificazione della personalità umana nella sua interezza» (Minkowski, 1927, p. 12). Cogliere il disturbo generatore significa cogliere l'intima metamorfosi della soggettività, che sottende il complesso dei sintomi conferendovi la loro propria unità strutturale. Nelle parole di Minkowski, «il modo in cui la personalità è situata, in condizioni normali come patologiche, in rapporto al tempo e allo spazio vissuti» (1930, p. 2), "l'unità vivente organizzata" dei fenomeni psichici abnormi.

La nozione minkowskiana di TG è un "sintomo più profondo" rispetto ai "sintomi di superficie" sui quali si basa la nosografia contemporanea.

Significativa a tale proposito è la questione sollevata da Kendler: «fino a che punto dobbiamo continuare a mettere al centro della nostra nosologia sintomi e segni "superficiali" scelti per la loro affidabilità (*reliability*) piuttosto che cercare di sviluppare sintomi potenzialmente più informativi o "profondi" che possono emergere a partire da un'attenta analisi fenomenologica?» (pp. 7-8). In quale senso questi sintomi, rinvenuti ad opera di un'attenta analisi fenomenologica, sono da considerarsi più "profondi" rispetto a quelli elencati dai comuni manuali diagnostici? Come osserva Francioni, il "profondo" di cui parla Minkowski «*esprime* in modo adeguato soltanto una *forma destrutturata* della temporalità» (p. 52) perché nella temporalità risiede il fenomeno strutturale fondamentale.

Il profondo inteso in senso fenomenologico è propriamente la *struttura fondamentale* della vita psichica, la condizione di possibilità della manifestazione del mondo così come ci appare. Il modo in cui ci appare il mondo, ad esempio l'esperire l'interno distinto dell'esterno, e le cose del mondo distribuite ordinatamente in uno spazio esterno a noi, separate le une dalle altre e al contempo capaci di entrare in contatto le une con le altre e di agire (causalmente) le une sulle altre; oppure l'esperire gli accadimenti del mondo come orientati dal passato verso il futuro secondo la modalità del divenire e la nostra esistenza sospinta verso il futuro da uno slancio (*élan*): questo modo per noi abituale di far esperienza del mondo dipende dal modo di fungere implicito della struttura fondamentale, cioè dal modo in cui questa struttura fondamentale "costituisce" la nostra esperienza secondo certe coordinate temporali e spaziali. Tale modalità fondamentale *si esprime*

attraverso uno *stile* peculiare con cui la persona fa esperienza, vive cose e situazioni del mondo.

Cogliere il TG di una patologia psichica secondo Minkowski significa cogliere la metamorfosi del fungere implicito di questa struttura fondamentale – cioè dell'inconscio fenomenologico.

Si prenda l'esempio della sintomatologia melanconica e della fondamentale destrutturazione del tempo, caratteristico TG nella melancolia. Il disturbo della temporalità si esprime non soltanto e unicamente nel modo in cui il melanconico vive il tempo («Non ho più la sensazione di continuità», «Sono ossessionato dal passato»). Anzi, raramente il melanconico è in grado di cogliere e esprimere il TG, cioè la discontinuità del tempo, la perdita dell'orientamento verso il futuro e dell'*élan*, il ristagnare nel passato. Raramente, cioè, il melanconico è cosciente del TG della sua patologia. È del tutto eccezionale che riesca a dire (come il paziente di Minkowski) «Sono malato di tempo». Il TG resta in questo senso per lo più "inconscio". Cosa troviamo al livello dell'esperire cosciente del TG della melancolia? Troviamo ciò che si esprime nei sintomi melanconici, ciò che traluce attraverso di essi. Ad esempio, quando il melancolico dice «Ho la sensazione di un arresto delle funzioni vegetative», esprime in questo modo la crisi del divenire temporale resa esperibile dal vissuto del corpo. Si dice che in questo caso il vissuto corporeo-cenestopatico del melancolico costituisce l'espressione noematica della noesi destrutturata – cioè del fondamentale disturbo della temporalizzazione. Sass e Parnas parlano a questo riguardo di relazione *espressiva* di implicazione fenomenologica; nella relazione espressiva il contenuto noematico della vita mentale rappresenta o esprime specificatamente le caratteristiche formali o strutturali della vita mentale.

## IV. Cosa genera il disturbo generatore?

La questione epistemologica essenziale è la seguente: cosa genera il TG di Minkowski? Una possibile risposta è che esso generi dei sintomi, cioè che vada inteso come un "disturbo di base" in senso patogenetico (ad esempio, i "sintomi primari" di Bleuler, il "processo" di Jaspers (Minkowski, 1930, p. 11), o i sintomi-base di Huber).

Questo però non sembra essere il compito della nozione minkowskiana di TG. Il disturbo generatore non è un sintomo di livello più profondo che genera dei sintomi di superficie. Piuttosto, cogliere il disturbo generatore vuol dire conferire un significato unitario ai

fenomeni psichici abnormi. In altre parole, non si tratta di un costrutto etio-patogenetico, ma di un costrutto *ermeneutico*.

Il compito della ricerca orientata dal concetto di TG è dunque *in primis* di natura ermeneutica. La patologia della psiche costituisce una condizione attinente al vissuto e un complesso di comportamenti il cui peculiare significato emerge unicamente attraverso "il livello personale dell'analisi" (Hornsby; Gabbani & Stanghellini) che dispiega la personale storia-di-vita, le emozioni, gli atteggiamenti, i valori e i modi dell'esperienza. I disturbi mentali sono innanzitutto *mentali*. La riduzione dei fenomeni mentali a meccanismi causali è soltanto un passo successivo.

Il TG è il nucleo di una struttura psicopatologica. Cogliere questo nucleo significa afferrare il fenomeno fondamentale di una struttura, che resta ai margini della vita cosciente, ma è anche sempre implicito e virtualmente presente in ciascuna delle sue parti manifeste e che conferisce a tale struttura coerenza significativa.

Per Minkowski, il fenomeno essenziale caratterizzante la condizione melanconica è un peculiare disturbo della temporalità. Due sarebbero per Minkowski (1930) gli elementi – distinti ma intimamente correlati – fondanti il nostro modo di vivere il tempo in condizioni normali: uno di natura dinamica che proietta il nostro *élan* verso il futuro, l'altro di natura più statica, l'"eterno" (l'*éternel*). La normale esperienza del tempo origina dalla sintesi armonica dei due elementi, così che il tempo non sia vissuto né come una fuga né come una immobilità. In condizioni patologiche, tale sintesi subisce uno scacco. Nelle depressioni maggiori l'*élan* è surclassato da l'*éternel*. Tale disturbo del tempo vissuto affiora in *ciascuno* dei fenomeni caratterizzanti la depressione maggiore, è il *legame strutturale* che conferisce loro unità e coerenza; esso consente di dare senso alle azioni, ai pensieri, alle emozioni ed alle esperienze che risulterebbero altrimenti incomprensibili.

Per tornare, concludendo, alle parole di Minkowski, il concetto di TG è il cuore di quelle ricerche che egli definisce sinteticamente fenomenologico-strutturali: «"Fenomenologiche" così credevo di aver diritto di chiamarle, poiché, andando oltre le constatazioni empiriche della clinica corrente, cercavano di penetrare fino al disturbo essenziale che le sottende tutte; e "strutturali", nello stesso tempo, per il fatto che tali ricerche avevano per fondamento la struttura stessa della nostra esistenza in rapporto al tempo vissuto e, insieme, allo spazio esso pure vissuto» (1966; tr. it., p. 10).

## BIBLIOGRAFIA


Bolton D., Hill J.: *Mind, Meaning, and Mental Disorder. The Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry*, second edition. Oxford University Press, Oxford/New York, 2003

Francioni M.: *La psicologia fenomenologica di Eugenio Minkowski. Saggio storico ed epistemologico*. Feltrinelli/Bocca, Milano, 1976

Gabbani C., Stanghellini G.: *What Kind of Objectivity do We Need for Psychiatry?*. PSYCHOPATHOLOGY, 2008, 41, 3: 203-204

Hornsby J.: *Personal and Sub-Personal: A Defence of Dennett's Early Distinction*. PHILOSOPHICAL EXPLORATIONS, 2000, 2: 6-24

Huber G.: *Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schzofrener Erkrankungen*. NERVENARZT, 1983, 54: 23-32

Kendler K.S.: *Introduction. Why Does Psychiatry Need Philosophy*?, in Kendler K.S., Parnas J. (eds.): *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology, and Nosology*, pp. 1-16. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2008

Lantéri-Laura G.: *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Édition du temps, Pornic, 1998

… : *Introduction à l'oeuvre psychopathologique d'Eugène Minkowski, Postface*, in Minkowski E.: *Structure des depressions*. Nouvel Object, Paris, 1993. Tr. it.: *Introduzione all'opera psicopatologica di Eugenio Minkowski (con particolare riguardo alla struttura delle depressioni)*. COMPRENDRE, 1999, 9: 61-92

Minkowski E.: *La Schizophrénie. Psychopathologie des Schizoides et des Schizophrènes*. Payot, Paris, 1927. Trad. It.: *La schizofrenia. Psicopatologia degli schizoidi e degli schizofrenici*. Einaudi, Torino, 1998

… : *Étude sur la structure des états de depression (Les depressions ambivalentes)* (1930), in *Structure des depressions*. Nouvel Object, Paris, 1993

… : *Le temps vécu*. D'Artray, Paris, 1933. Tr. it.: *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*. Einaudi, Torino 1971 e 2004

… : *Traité de psychopathologie*. Presses Universitaires de France, Paris, 1966. Trad. it.: *Trattato di psicopatologia*. Feltrinelli, Milano, 1973

Sass L.A. (guest editor): *The phenomenology of schizophrenia: Three classic approaches*. PHILOSOPHY, PSYCHIATRY & PSYCHOLOGY, 2001, 8, 4

Sass L.A., Parnas J.: *Explaining Schizophrenia: The Relevance of* Phenomenology, in Man Cheung C., Fulford K.W.M., Graham G. (eds.): *Reconceiving Schizophrenia*, pp. 63-96. Oxford University Press, Oxford-New York, 2007

Urfer A.*: Phenomenology and Psychopathology of Schizophrenia: The Views of Eugène Minkowski*. PHILOSOPHY, PSYCHIATRY & PSYCHOLOGY, 2001, 8, 4: 279-289

Corresponding author:
Prof. Giovanni Stanghellini
Università di Chieti
Via dei Vestini, 31
I-66013 Chieti

# UNA STANZA DELLA CRISI PER I "TOSSICI"

R. DALLE LUCHE

Come ho già avuto modo di scrivere, recensendone i precedenti volumi, Gilberto Di Petta, contrariamente al suo maestro Bruno Callieri che, fondamentalmente, è un grande comunicatore orale, è un *grande scrittore*. Lo dimostra ancora una volta in questo ultimo libro, il suo più compiuto sui piani concettuali e psicopatologico ed il più ambizioso in vista delle proposte pragmatiche che contiene. *Gruppoanalisi dell'esserci*, già dal titolo, ripropone infatti linguaggi e concetti, ma soprattutto la questione storica dell'applicabilità operativa di un indirizzo, come la *Daseinsanalyse*, tanto più prezioso tanto più a rischio di estinzione e che come tale deve poter contare su delle aree protette e delle zone di ripopolazione. Una di queste è senza dubbio quell'«area intermetropolitana vastissima e socioculturalmente degradata, comprensiva dei comuni di Casoria, Casavatore, Cardito, Caivano, Arzano, Afragola», dove Di Petta, oltre a vivere, ha volutamente (?) scelto di rinchiudersi professionalmente, in quello che dalle sue descrizioni appare un servizio pubblico particolarmente inquietante e desolato, il SerT. Quest'area, e questa popolazione di utenti, così segnate dalla morte per "Suicidio, omicidio, overdose", divengono un luogo che, binswangerianamente, si apre al mondo della Cura proprio non lasciandosi assorbire dalla ritualità funebre e mortifera di questa patologia da *addiction* e della *routine* strutturata per contenerla. Per fare questo Di Petta usa l'espediente di "far finta" di dismettere ogni identità di ruolo ed ogni competenza tecnica, descrivendo ciò che accade nell'interazione corpo-

a-corpo con tale utenza di tossici e sballati, più o meno allucinati, comunque – come acutamente nota l'Autore (nel più bel capitolo del libro, il quinto) – basicamente psicotici. Utente tra gli utenti della prassi da lui innescata, marinaio comune piuttosto che comandante, Di Petta condivide scopertamente i propri vissuti, le proprie memorie, le proprie motivazioni con i peggiori tossici di strada. Facendosi uomo tra gli altri uomini, psicotico tra gli psicotici basici, Di Petta li sottrae alla pura ritualità della terapia sostitutiva offrendo loro la partecipazione paritaria a gruppi esperienziali necessariamente ben poco strutturati. Innalza il vessillo del vissuto (dell'*Erlebnis*), sollecita il *pathos* più estremo e ne esplora il potere mutativo, quando, nella condivisione gruppale, riesce a spalmare componenti emotive brute ed estreme. I *reports* di queste esperienze spesso drammatiche e drammatizzate si mescolano e si alternano, come sempre nell'opera di Di Petta, con considerazioni più classicamente psicopatologiche, con esercizi linguistici mirabilmente creativi (virtuosistici quando si immettono nelle etimologie) e ricerche stilistiche e finezze espressive degne dei grandi scrittori della strada o del termine della notte. Il testo si raddoppia in una fila continua di note e specificazioni che, come un basso continuo o una voce fuori campo, accompagnano il testo maggiore rinchiudendo spesso alcune delle migliori riflessioni ed intuizioni.

Chi è, insomma, questo Di Petta che con modalità volutamente esibite, masochiste e provocatorie sembra prenderci gusto a mostrarsi nelle vesti più dimesse e degradate? Forse un grandioso narcisista che, rivoltandosi nel fango del fallimento di tutti i suoi ideali, si trasforma in un Sansone che quegli ideali (di *setting*, di efficacia, di qualità del lavoro professionale) dichiara *inesistenti*, ma che in realtà, nello stesso tempo, ne *utilizza* le macerie indifferenziate come materia bruta e magmatica per la creazione alchemica dell'*opus*: Di Petta appare l'ombra psichiatrica di una delle più grandi icone della tossicodipendenza, quel William Burroughs che Cronenberg, nel suo *Naked Lunch*, ci mostra aggirarsi allucinato per la *casbah* di Tangeri portandosi appresso, in pezzi, la macchina da scrivere con cui trasformerà il delirio in scrittura, la vita di reietto errante in acute visioni essenziali della condizione umana.

Di Petta si lascia prendere la mano dal suo deliroide nichilistico, lo rende con enfasi e iperboli, ma non va creduto. Risorge dalle sue ceneri proponendo, suo malgrado, un metodo di lavoro, un *setting* per il suo svolgimento, delle regole da seguire, seppure – come lui dice – la prima regola, nella conduzione di questi gruppi, è non avere regole. Il lavoro si risolve, come testimoniano le continue metafore nautiche, in un viaggio per mare senza rotta e senza strumenti, con frequenti immersioni

negli abissi. Il preteso azzeramento tecnico si rende però possibile solo in virtù di una grande interiorizzazione dei diversi *setting* attraversati da Di Petta nella sua formazione personale (clinica neurologica, psicoanalisi, psicopatologia), che gli conferiscono la capacità di provocare e selezionare nel lavoro di un gruppo perennemente instabile, mutante nella sua composizione e fortemente frustrante per gli operatori, quello che è pertinente al suo scopo: i vissuti emotivi grezzi e coscienti (ma non manca qualche sogno), trasmissibili e risuonanti. L'intervento sedicente "ad alzo zero" presuppone infatti una competenza ed una sensibilità non comuni, perché il gruppo produca "qualcosa" di significativo, vale a dire, in quel contesto, qualcosa di diverso dalla droga, dai suoi effetti, dalla sua gergalità, dal suo saturante desiderio.

Il metodo di lavoro di Di Petta ha – come lui stesso ammette – antecedenti nei gruppi terapeutici che Bion effettuava in tempo di guerra, molto dello psicodramma di Moreno e probabilmente di altre esperienze più recenti (penso ad esempio a certi gruppi di autoaiuto, ma anche a certi gruppi religiosi). L'esperienza non è cioè in sé cosi innovativa, a parte la specificità dell'utenza ed il contesto in cui si situa. Inoltre, quello che Di Petta cerca, non è forse lo stesso evento dell'"esperienza emotiva mutativa" rincorso da tanta psicoanalisi umanizzata?

Il grosso problema di questo tipo d'intervento, in relazione all'utenza cui si rivolge, è che ogni tossicodipendenza prima ancora che curata va contenuta, ed il potere contenitivo dei legami gruppali – come Di Petta confessa e descrive – è terribilmente blando, tutto affidato alla memoria affettiva di soggetti che vivono in un perenne stato di alterazione crepuscolare (*"chiaroscurale"*, come mirabilmente descrive l'Autore) della coscienza. Di questo stesso "onirismo" risente anche il libro, col suo procedere associativamente, alternando generi e motivi, con la sua assenza di limiti (il rifiuto dello stile misurato dei padri viene compensato da un'ossequiosità a volte eccessiva nei loro confronti), col suo autobiografismo esasperato che va a ripescare vissuti personali, infantili e adolescenziali. Il libro si chiude, enigmaticamente ma non troppo, con una fenomenologia del clown derivata da Starobinsky (anche se manca il riferimento in bibliografia). Il clown, questa «sorta di traghettatore, di *mediatore*, tra il visibile e l'invisibile [che] fa Capriole in uno spazio irreale», sembra affascinare Di Petta in quanto appare la più autentica delle identificazioni di ruolo (delle non-identificazioni di ruolo, delle identificazioni di non-ruolo) possibili su questi sfondi micro e macro-sociali. «Io sono – si confessa Di Petta –, sul piano umano, definitivamente *borderline*, perché vado nella morte e dalla

morte ritorno: perché, a modo mio, funambolico, domino il confine, sconfinando ad ogni istante [...]».

Il libro di Di Petta è un'opera appassionante ed impressionante, coraggiosa ed importante, soprattutto come operazione stilistica di rottura, trasgressione ed ibridazione concettuale e linguistica, nell'attuale, sterilissimo, panorama della letteratura psicopatologica. Essa si apre anche ad una lettura politica, in quanto offre cospicui esempi del prezzo pagato dalle migliori menti per tentare di lavorare nei servizi pubblici italiani, almeno "in certi" che, selezionando la mediocrità, la *routine* ed il quieto vivere, si adagiano nell'abbattimento delle prestazioni al minimo da garantire e, di conseguenza, ad un massacro per l'intelligenza ed il cuore di soggetti che hanno conseguito altrove formazioni e competenze di alto profilo. Un vero e proprio scandalo che nessuno, incomprensibilmente, denuncia, forse perché ai più sta bene così o perché la psichiatria pubblica, in fondo, resta una disciplina marginale (non è e non potrebbe essere così in cardiochirurgia o in ortopedia, ad esempio). Intanto, come gli scenari dipinti icasticamente da Di Petta denunciano benissimo, i tossici si sterminano da soli con la loro esistenza erratica ed allucinata, svenduta e disperata: i malati di mente, quelli veri, che oggi non hanno neppure più il diritto al nome di schizofrenici, se ne stanno rintanati nei loro scantinati quando non sono agguantati dalle larghe e cronificanti maglie dei servizi "terricomializzati".

Il nostro auspicio è quindi che la diffusione di questo testo serva da stimolo per un dibattito che travalichi gli angusti limiti professionali e di scuola e riproponga in tutta la sua *pienezza di essere* la questione generale della salute mentale in Italia.

Dr. Riccardo Dalle Luche
Via G. Verdi, 12
I-55049 Viareggio

*Recensione al volume di Gilberto Di Petta:* Gruppoanalisi dell'esserci. Tossicomania e terapia delle emozioni condivise, *Prefazione di B. Callieri e A. Correale, Presentazione di L. Calvi. FrancoAngeli, Milano, 2006.*

# TRA *LEIB* E *KÖRPER*: PER UN'ANTROPOLOGIA PSICOSOMATICA

G. DI PETTA

*Tu non hai visto defecare un uomo,*
*ma hai avuto la rivelazione che l'uomo defeca,*
*e l'atto della defecazione* […] *ha fatto trasparire nel paziente*
*la trasformazione della materia animata in materia inanimata.*
*Hai visto eideticamente l'emergenza della carne e della morte.*
L. Calvi

Come in più occasioni ci ha ricordato Arnaldo Ballerini, «l'avere e l'essere un corpo, i diversi modi dell'esperienza del corpo, la sua significatività e, assieme, la sua opacità, sono così profondamente costitutivi della presenza umana in tutte le sue declinazioni, che non vi è psicopatologo che non si sia occupato del tema della corporeità».

Tuttavia, nonostante questa apertura, non sembra che la prospettiva fenomenologico-psicopatologica abbia granché influenzato e modificato l'orizzonte attuale di concettualizzazione dell'esperienza della corporeità vissuta (*Leiblichkeit*). Da Platone a Cartesio, infatti, fino alla moderna medicina scientifica *mindless* o alle pratiche psicoterapeutiche totalmente *brainless*, siamo purtroppo costretti, oggi, a riconoscere che, di fatto, contrariamente a tutte le aspettative, la più vasta compagine di esperienza vissuta dall'uomo, cioè proprio quella al confine mobile tra il *somatico* e lo *psichico*, è tragicamente rimasta senza nome. Cioè, in definitiva, senza comprensione e senza cura.

La cosiddetta *medicina psicosomatica*, elaborata attraverso la contaminazione di elementi psicodinamici (teoria del *Conflitto*) ed elementi

biologico-organici (teoria dello *Stress*), a partire almeno dal Secondo dopoguerra in poi, sotto questo aspetto, ha rappresentato, per noi clinici desiderosi di arricchire il nostro bagaglio interpretativo e operativo, l'ultima delusione. È accaduta, infatti, una cosa assai strana: quanto più venivano attenzionati dalla ricerca di base (biologico-molecolare e fisiopatologica) quei sistemi d'interrelazione tra il somatico e lo psichico, come il sistema endocrino, il sistema immunitario, il sistema nervoso, tanto più, paradossalmente, la vagheggiata unità psicosomatica si andava allontanando e frantumando, alla stregua d'un'illusione ottica, di un miraggio nel deserto.

L'enorme sviluppo della neurobiologia e delle neuroscienze, delle scienze cognitive e della cosiddetta *Mind-phylosophy*, da un'altra parte, se ha, per certi versi, attenuato lo scarto nel *Mind-Brain problem*, per altri versi, invece, ha accentuato di più lo iato nel *Mind-Body problem*. Poiché è evidente, almeno per chi guarda la cosa da una prospettiva fenomenologica e clinica, che la dimensione del *mentale* non è *tout court* sovrapponibile al *cerebrale*, e che il sistema nervoso, centrale e periferico, da solo, non riesce e non riuscirà mai a dare conto dell'enorme capacità d'interrelazione tra gli epiteli di secrezione, i linfociti, gli ormoni e tutta la componente tessutale, splancnica, muscolare in generale, cioè della *cenestesi*, del *Leib* o, in altri termini, per dirla con Straus, del *senso dei sensi* (ovvero dell'"en-triade" *io-corpo-mondo*).

Il testo del professor Eckhard Frick, invece, a mio avviso, rappresenta, rispetto a tutto questo vasto e dispersivo brulicare di dati empirico-neuro-filosofici, una netta inversione di tendenza, in quanto offre, in un volume discretamente contenuto e molto ben organizzato, una chiave di volta unitaria e autenticamente *antropologica* a tutte le più recenti acquisizioni scientifiche sul confine psiche-soma, al punto tale da arrivare a parlare, in definitiva, di *antropologia psicosomatica*, piuttosto che di *medicina psicosomatica*.

Il professor Frick, oltre ad essere psichiatra e psicoterapeuta, è specializzato in Medicina Psicosomatica ed è analista di *training* presso il *Carl Gustav Jung Institut* di Monaco, città in cui è docente presso la Scuola Superiore di Filosofia. Il suo lavoro si è avvalso della collaborazione del Prof. Harald Guendel, Specialista in Medicina Psicosomatica e Psicoterapia, Psicoanalista e Direttore della Clinica di Psicosomatica e Psicoterapia della Scuola Superiore di Medicina di Hannover. Il testo si apre, a mo' di prefazione, con un intenso colloquio tra Frick e Guendel, sui fondamenti *a priori*, in senso proprio kantiano, di una ricerca antropologico-filosofica nel territorio infido della Medicina Psicosomatica.

La prospettiva dell'Autore, declinata sistematicamente e unitariamente nella struttura di questo testo, è capace di riconnettersi direttamente, ed in modo assai semplice, alla più rigogliosa tradizione filosofico-antropologica relativa a queste tematiche (Kant, Kierkegaard, Nietzsche, Jaspers, Heidegger, Buber, von Weizsaecker, Foucault, Wittgenstein), su cui, tuttavia, innesta, senza apparenti discrasie e rigetti, alcuni capisaldi del pensiero psicodinamico (Freud, Jung, Bowlby, Neumann), oltre naturalmente a tener conto, con rigore teutonico, dei dati e delle acquisizioni della più recente ricerca di base e della medicina clinica *evidence based*. Ma quello che colpisce, al di là anche di questa prodigiosa intelaiatura epistemologico-ermeneutica, è l'organizzazione concettuale e tematica totalmente innovativa del volume, che, almeno in Italia, pochi avrebbero avuto l'ardire di concepire in questo modo. Passo, ora, ad una disamina analitica della struttura del testo.

I capitoli sono dieci, e la cosa che colpisce di più è che, nel titolo di ogni capitolo, compare senza falso pudore il termine *Mensch* (essere umano), declinato in una determinata ed essenziale accezione: ovvero colto in una sua essenziale modalità di darsi, esistendo come determinata forma fondamentale (*Grundformen menschliche Daseins*, direbbe Binswanger). Per cui, partendo dall'essere umano in quanto "attaccantesi" (*Der sich bindende Mensch*), si passa, nel secondo capitolo, all'essere umano *interpretante*, *comprendente i segni* o, meglio, *significante* (*Der Zeichen verstehende Mensch*). Nel terzo capitolo si affronta il problema dell'*essere umano sognante* (*Der traeumende Mensch*), e, nel quarto, dell'*essere umano* "*giocante*" (*Der spielende Mensch*). Il quinto capitolo, cuore *patico* di tutto il testo, affronta la tematica dell'*essere umano* "*angosciantesi*" (*Der sich aengstigende Mensch*) e, nel sesto, finalmente, si abbraccia la *crux et deliciae* di tutta la più squisita ricerca fenomenologica, da Husserl a Merleau-Ponty, da Sartre a Marcel, a De Waehlens: *il corpo che ho e il corpo che sono* (*Der Körper, den ich habe. Der Leib, der ich bin*). Il settimo capitolo, invece, è tutto impostato sul problema del dolore, e si chiama: *L'essere umano dolente, o patente, o paziente* (*Der leidende Mensch*). L'ottavo attraversa la regione *ontologica* della colpa, con il titolo di: *L'essere umano colpevole* (*Der schuldige Mensch*), il nono, come logica conseguenza, guarda all'*essere umano che soffre il lutto* (*Der trauernde Mensch*) ed è centrato tutto sull'ontologia della perdita. E il decimo, infine, è sulla vitalità, dal titolo: *L'essere umano vitale – dall'io al sé* (*Der lebendige Mensch – Vom Ich zum Selbst*).

Come non leggere in questo schema, con forza assai rinnovata, quanto già Cargnello, sulla stretta scia di Binswanger, andava strutturando con il suo concetto di *corpo vissuto* come *sinonimo* dei *modi di*

*essere della presenza nel mondo*, ovvero «maniera in cui la presenza si progetta corporalmente»? Zaner, in modo assai icastico, concludeva, a tal proposito, che «l'esserci è sempre *embodiment*». A tal proposito è veramente sorprendente constatare come l'indagine daseinsanalitica condotta da Cargnello sulla corporeità finiva per usare, alla stregua di una vera e propria categoria *a priori* in senso kantiano e husserliano, lo stesso *participio presente* (*-ente*; *-ante*) che utilizza largamente Fricks in questo incredibile testo: il *Leib* di Cargnello è, infatti, afferr-*ante*, assum-*ente*, compar-*ente*, mascher-*ante*, eserc-*ente*, port-*ante*, grav-*ante*.

Luciano Del Pistoia, a proposito di un caso descritto da Calvi, in cui un'infermiere, mentre medica un paziente, rimane *sorpreso* dalla sua improvvisa e violenta defecazione[1], lo definisce come "il caso del Defec-*ante*", utilizzando anch'egli, non a caso, il *participio presente*, ovvero il *progressive pres-ent* (*-ing*), come dicono gl'inglesi, evidentemente così denso della vividezza e dell'attualità dell'*Erlebnis*, che sono state tradite, invece, dalla vulgata neolatina della parola *vissuto/vécu*. Il rimando che Del Pistoia fa al *Prigione mor*-ente di Michelangelo Buonarroti, esposto al Louvre, è emblematico di questa visione caratterizzata da parti ben definite e parti appena sbozzate, dove il "non-finito" si limita alle parti accessorie, e il "concetto" è compiutamente espresso nell'immagine ritorta su se stessa, tesa nel ritmo di un'inesausta aspirazione verso una *forma* che raccolga e chiuda la tormentosa coscienza delle contraddizioni umane; proprio come noi clinici, atteggiati fenomenologicamente, cerchiamo di fare quando, incontrando il *Dasein* dei pazienti sottoforma di corpi che sono al mondo, cerchiamo, tra una visione eidetica e una considerazione clinica, alla stregua di un lampo nella notte, di averne una forma, un'idea, un'immagine che colga, a dispetto della sua incandescente intermittenza, la totalità del tutto.

La lettura dei singoli capitoli di questo testo è di un interesse estremo soprattutto per la capacità dell'Autore di coniugare elementi provenienti da saperi diversi che, straordinariamente, non solo non entrano in contraddizione, ma vengono dall'Autore accostati per i giusti bordi di collimazione. Ma l'aspetto a mio avviso più significativo di tutto il testo, ciò che resta, come idea finale, al di là dei singoli, pregevoli contenuti, è che il clinico-psicopatologo-psicoterapeuta ne vien fuori, di fatto, come scienziato umanista (*Humanwissenschaftlicher*) e la medicina basata sulle evidenze ne vien fuori come caratterizzata da

[1] «Volevo fuggire da quell'ammasso di sterco, di carne marcia, di sangue, ma non riuscivo a distogliermi da quel poveruomo» (Calvi, *Op.cit.*, p. 68)

un'implicita antropologia («*als ob die evidenzebasierte Medizin eine implizite Anthropologie hat*»).

L'idea, ad esempio, assolutamente foucoltiana, che la storia dell'umanità («*eine grosse kollektive Biographie der Menschheit*») sia scritta nelle cartelle cliniche sparse tra gli archivi ieri polverosi, oggi informatici, degli ospedali del mondo, conduce all'idea che aiutare i pazienti "organici" significa condurli a ritrovare, in qualche modo, tra un accertamento strumentale e uno di laboratorio, tra un intervento chirurgico e un trattamento medico, la loro *anima dimenticata*, la *totalità*, di jaspersiana memoria (*Ganzheit*), abbondantemente perduta nella rima di frattura tra lo psichico e il somatico. L'aspirazione di ogni clinico, psichiatra o meno, era questa, in fondo, e dovrebbe tornare ad essere questa. Il termine *psiche*, del resto – ci ricorda perentoriamente Frick – non è che la traduzione alleggerita e svuotata di corporeità dell'ebraico *nefesh*.

Un testo, questo di Frick, a mio avviso indispensabile, oggi, per lo psichiatra e lo psicologo clinico, soprattutto se impegnati nel cosiddetto lavoro di consultazione, dove è sempre più evidente che i colleghi internisti o chirurghi relegano quei casi che, pur non aderendo a criteri di evidente nosografia psichiatrica, "semplicemente" non rispondono ai loro protocolli *standard*, ovviamente cortocircuitanti quella dimensione che per Binswanger era la storia interiore della vita (*innere Lebensgeschichte*), che molti esseri umani ancora significano soprattutto attraverso i mille modi di essere e di ammalarsi nel corpo. Il testo è, inoltre, ricco di schemi riassuntivi e di *topics* evidenziati in riquadri grigi a scopo didattico. Anche in questo senso lo sforzo di dare fondamenti filosofici alla medicina psicosomatica non tradisce la declinazione operativo-pragmatica dell'Autore, che, non dimentichiamolo, è fondamentalmente un clinico, interessato, quindi, innanzitutto, ad aiutare pazienti in difficoltà.

Differentemente che da noi (dove, quando non si dimostra la base organica, il paziente viene deriso perché "*non ha niente, fa finta*" ed è pertanto scaricato allo psichiatra come spazzatura), in Germania il concetto di malattia somatica ad eziopatogenesi psico-emozionale ha trovato una sua dignità epistemologica, tant'è che ci sono cattedre universitarie specifiche e le *Krankenkassen* (le Assicurazioni dei malati) coprono fino a due anni, rinnovabili, il trattamento psicoterapeutico di pazienti con dimostrata sofferenza di questo genere.

Si auspica, pertanto, di questo incredibile testo, a breve, una traduzione in italiano, per tutti coloro che non hanno facile accesso alla lingua tedesca.

Manca, forse, a volerla dir tutta, l'undicesimo capitolo, che io avrei intitolato, in onore a Binswanger, e sulla scia di quanto elaborato da Callieri, *Der liebende Mensch*, ovvero l'*essere umano amante*.

Ma, in fondo, nella prospettiva psicosomatica, come è sempre nella clinica, il vertice del dolore (Πατοσ–Αλγοσ) è prevalente rispetto a quello dell'amore (Εροσ).

In questo senso l'approccio psicopatologico al corpo rimane oscillante e fortemente ambiguo tra una patologia dell'esperienza (dove è prevalente il dolore) e un'esperienza della patologia (dove, forse, è prevalente l'amore).

## BIBLIOGRAFIA

Ballerini A.: *L'ambiguità del corpo: ovvero il corpo e il delirio*. Relazione tenuta da A. Ballerini a Cosenza il 27-06-1999 e a Milano il 08-05-1999

Binswanger L.: *Grundformen und Erkenntnis Menschliche Daseins* (1942). Reinhart, München, 1962

Callieri B.: *La corporeità dell'amore*, in *Corpo esistenze mondi, per una psicopatologia antropologica*, pp. 79-91. Ediz. Univ. Romane, Roma, 2007

Calvi L.: *Per una fenomenologia del sollievo*, ne *Il consumo del corpo. Esercizi fenomenologici d'uno psichiatra sulla carne, il sesso, la morte*, pp. 67-74. Mimesis, Milano, 2007

Cargnello D.: *Alterità e alienità*. Feltrinelli, Milano, 1966

Del Pistoia L.: *Il Prigione morente*, *Postfazione* a Calvi L., *Op. cit*, pp. 191-200

Zaner M.: *The problem of Embodiment. Some contributions to a phenomenology of the body*. L'Aia, Nijhoff, 1964

Dr. Gilberto Di Petta
I Trav. Diaz, 5
I-80026 Casoria (NA)

*Recensione al volume di Eckhard Frick:* Psychosomatische Anthropologie. *Kohlhammer, Stuttgart, 2009, pp. 237, Euro 19,90.*

# ERWIN STRAUS E L'ANALISI STRUTTURALE DELLE OSSESSIONI

C. MUSCELLI

*Sull'ossessione*, pubblicato nel 1948, è uno dei pochi scritti che Erwin Straus dedica ad una specifica psicopatologia. Straus, infatti, non ha scritto molto sulle condizioni patologiche della coscienza, quanto piuttosto si è occupato di confrontare la riflessione psichiatrica con la normalità. È però attraverso tale confronto che è riuscito, a suo modo, a rispettare l'obiettivo più generale della psicopatologia fenomenologica: realizzare una descrizione del mondo di una persona. Straus, a differenza di Jaspers, compie descrizioni fenomenologiche "oggettive"[1], getta il suo sguardo sulla realtà manifesta, sulle cose con le quali il paziente ha a che fare: «[...] molti psicoterapeuti volgono la loro attenzione quasi esclusivamente all'inconscio e al passato, trascurando così l'analisi dei "fenomeni superficiali". Questa è la ragione per cui il termine "ossessivo" viene frequentemente utilizzato in modo generico» (2006, p. 61). Van den Berg riconosce a Straus la capacità d'elaborare quel che chiama una *patografia extrospettiva*, «una patografia cioè che non si limita ad enumerare ciò che il paziente può osservare introspettivamente "in se stesso" come sensazione "cosciente", ma che consiste in una descrizione della *fisionomia* patologica *del mondo* (Erwin Straus),

[1] Alla differenza tra una fenomenologia "soggettiva" ed una "oggettiva" in relazione al disturbo ossessivo fa cenno A. Ballerini. Anche Spiegelberg evidenzia tale aspetto del lavoro strausiano: «Straus non è un metodologo. La forza del suo lavoro sta nella concretezza dei suoi principi impliciti, sui quali, però, riflette se non altro incidentalmente; inoltre,è interessato alle loro implicazioni filosofiche» (p. 267).

ossia una descrizione di quei mutamenti che il malato osserva con maggior forza e immediatezza» (p. 51). In realtà, la dichiarazione di adesione al metodo fenomenologico è, per così dire, tardiva, e può essere collocata intorno agli anni '60, con l'inaugurazione del ciclo delle Lexington Conferences organizzate dallo stesso Straus; ma non commetteremmo un arbitrio se affermassimo che, sin dall'inizio della sua carriera, pratica il metodo fenomenologico prima ancora di aver riflettuto sulla sua teoria: Straus riesce a rendere lo sguardo fenomenologico "spontaneo".

Già nel titolo[2], il libro dedicato alle ossessioni intende essere anche una proposta metodologica, poiché per l'osservazione psicopatologica viene proposta l'adozione di una più originale prospettiva, denominata "analisi strutturale". La cifra dell'analisi strutturale è chiara: se si vuole rintracciare l'essenza costitutiva, la *struttura* di un disturbo psichico, occorre confrontare gli elementi caratterizzanti di quel disturbo con i loro corrispondenti nella psicologia normale. Nel lavoro psichiatrico – sostiene Straus – occorre più attenzione alle modalità *normali* dei fenomeni, poiché solo attraverso il confronto con la normalità è possibile raggiungere un'effettiva comprensione delle manifestazioni psicopatologiche. Troppo spesso, invece, l'esplicitazione della normalità non viene intesa come compito specifico della psichiatria. In questo senso, l'analisi strutturale si propone come metodo per la realizzazione d'una comprensione totale dell'uomo: «si deve procedere dall'approccio genetico-biografico all'analisi strutturale; nella sostanza dallo studio dell'uomo come organismo isolato alla considerazione dell'uomo nelle sue svariate relazioni col mondo» (Straus, 2006, p. 146). L'interesse per l'uomo, e non per la malattia è in fondo un elemento costante del lavoro di Straus; per citare solo un caso, al termine di un saggio del 1962 sulla fenomenologia delle allucinazioni, egli elogia Esquirol per aver compreso anzitempo che non dovremmo definire le allucinazioni, ma per comprendere l'uomo allucinato (1966, p. 288). La psichiatria non dovrebbe occuparsi della definizione delle singole patologie, ma della descrizione dei modi di *essere nel mondo* caratterizzati da certi disturbi.

Straus prende in esame tre varietà cliniche dell'ossessività: la nevrosi compulsiva, la psicosi da contaminazione e una forma intermedia chiamata *scrupolosa.* Nel caso delle nevrosi compulsive si combatte contro precisi istinti, localizzabili e identificabili, che contrastano con convincimenti morali.

Le psicosi da contaminazione – la forma più caratteristica della patologia ossessiva – obbligano ad una lotta inesauribile contro la "de-

[2] Il titolo completo è: *Sull'ossessione. Uno studio clinico e metodologico*.

composizione", che è sentita come potere e come sostanza cosmica; la variante da contaminazione è considerata una forma d'autentica psicosi, con documentate transizioni verso la schizofrenia. Seppure Straus si rivolga quasi esclusivamente ai casi d'ossessione da contaminazione, il risultato della sua analisi è una rappresentazione non solo della persona ossessiva e del tema centrale delle ossessioni – l'emozione del disgusto – ma una descrizione dell'intero mondo dell'anancastico. L'ossessione, secondo la nota espressione strausiana, è infatti un disturbo della *relazione simpatetica con il mondo.* Affinché quanto detto in relazione al disturbo ossessivo possa assumere un significato più ampio per l'intera psicopatologia, osserviamo che il "metodo" dell'analisi strutturale, esposto ne *Sull'ossessione*, aspira a descrivere il mondo umano sempre nei termini di una relazione. E questo un fondamento della teoresi strausiana che può essere espresso con laconica limpidezza: l'esperienza è la relazione che gli uomini intrattengono con il mondo. La relazione con il mondo – secondo Straus – si mostra essenzialmente nelle operazioni d'*unificazione* e di separazione*:* tali operazioni sono la volontà e la capacità di unione o di separazione dalle cose che prestano alle cose stesse la fisionomia della gradevolezza o del disgusto; dall'altro lato, è la fisionomia gradevole o disgustosa delle cose che stimolerà l'inclinazione verso l'unificazione o verso la separazione. Così, per quel che concerne il mondo dell'ossessivo, è la separazione dall'interezza di un organismo vivente che rovescia la fisionomia dal piacere al disgusto. Disgustoso è infatti l'*informe,* l'*aneidos,* laddove l'*eidos* è ciò che è armoniosamente composto (von Gebsattel). Gli escrementi, per esempio, sono disgustosi in quanto informi, sì come il cadavere è repellente perché ha perso la forma originaria (armonica) del corpo vivente. Ma, nell'ossessivo, l'inclinazione verso la separazione è costante ed è dunque permanentemente variata la fisionomia di ogni cosa dalla gradevolezza al disgusto.

Le ossessioni, come altre patologie, rappresentano dunque un guasto nella "relazione simpatetica col mondo", uno sbilanciamento: da una relazione, che nella normalità è informata dall'unità, si passa ad una relazione dominata dal carattere della separazione (e della decomposizione).

L'analisi strausiana delle modalità *normali* delle relazioni considera certamente il tempo e lo spazio vissuti, ma l'elemento d'originalità è certamente l'introduzione di una categoria descrittiva affatto particolare: la materialità, che viene però definita il *fisiognomico,* proprio per indicarne la natura di relazione. L'importanza della categoria della materialità per l'analisi delle patologie sta nel fatto che essa esprime l'idea del legame tra gli oggetti, i corpi, le loro qualità e l'atteggiamento dell'uomo che è con essi in relazione: il fisiognomico è l'aspetto della

materia e l'atteggiamento relativo. In questo senso, il fisiognomico è uno strumento descrittivo utilizzabile per comprendere la relazione dell'uomo con il suo ambiente. Seppure l'atteggiamento dell'uomo nei confronti degli oggetti dipenda sempre da fattori socio-culturali, questi sono stati spesso negletti e Straus, in ciò, vede un segno del comune disinteresse verso la normalità. D'altro canto, Straus riconosce il vantaggio dell'approccio "scientifico" alla materia: gli oggetti sono ridotti a "campioni" e viene loro assegnata un'unica fisionomia, lontana dalla vita di tutti i giorni. In questo modo il fisiognomico – il gioco della relazione tra la materia e la reazione umana – non viene considerato.

Il disgusto – tema centrale nelle ossessioni ed emozione fondamentale della personalità ossessiva – è dunque una delle componenti del fisiognomico: dominate dall'emozione del disgusto, le cose appaiono come pura materia contaminante e non viene più vista la loro funzionalità né il loro valore estetico o economico. La materia assume un aspetto solamente ripugnante.

Attraverso un gran numero di esempi tratti dalla letteratura, dal teatro oltreché dalla vita quotidiana, Straus mostra l'evidenza della deviazione dalla normalità della percezione delle qualità fisiognomiche della materia: la materia perde la sua unità e la sua organicità per divenire sostanza in decomposizione, substrato eternamente morente. Se osserviamo i fenomeni ossessivi a partire dall'aspetto della materia, e non dall'emozione dominante, possiamo ugualmente arrivare a dire che è la percezione costante di una certa qualità fisiognomica, che pervade l'intera realtà materiale, a provocare l'intollerabile disgusto dal quale l'ossessivo tenta invano di liberarsi. Non importa da quale termine inizi l'osservazione poiché il fisiognomico riassume in sé la relazione dell'uomo con la materia del mondo.

I risultati dell'osservazione del tempo-vissuto e dello spazio vissuto non differiscono molto dalle descrizioni proposte da Minkowski e von Gebsattel, ma nuove sono l'associazione al fisiognomico e l'individuazione del *divenire* quale *tempo normale* dell'uomo. Il tempo vissuto dell'ossessivo perviene ad una stasi proprio in ragione dell'incapacità di superare la battaglia eterna contro l'inarrestabile processo di decomposizione: l'ossessivo è intrappolato in un tempo inarticolato perché non finisce mai di combattere la battaglia contro il fisiognomico (decomposizione) ed il relativo disgusto. Esemplare è il caso di Berta, in cui si assiste ad una reale esclusione del divenire: «così è infine arrivata a fare pace col mondo, riuscendo a confinare la propria esistenza in una piccola area protetta, a evitare l'invalidità e a continuare la sua vita in una tranquilla *routine* in cui i giorni si susseguivano senza cambiamenti, senza alcun avvenimento. Per 16 anni, dal 1922 al

1938, la paziente è stata nella stessa casa; per 16 anni ha continuato a ricamare: la stasi della storia personale nel tumulto del tempo» (Straus, 2006, p. 102).

Anche lo spazio-vissuto subisce delle modificazioni in senso restrittivo: lo spazio in cui è possibile soggiornare si riduce all'aumentare dello sforzo che l'ossessivo compie per evitare la decomposizione e la morte. Gli effetti del disturbo della relazione simpatetica, in conclusione, possono essere così riassunti: il fisiognomico – l'aspetto qualitativo degli oggetti – diventa predominante e sovrasta la semplice oggettività dei fenomeni; la fisionomia del mondo dell'ossessivo è solo quella della decomposizione, in tutte le sue varie forme; il mondo è in decomposizione in modo omogeneo, nel senso che non esistono parti e luoghi che si salvino dalla decomposizione e che presentino, perciò, un'altra fisionomia; il mondo perde la sua articolazione polare finché restano solo il "male" ed il rifugio che l'ossessivo tenta di proteggere.

Seguendo Straus, potremmo arrivare ad affermare che il disgusto indica la *distanza* dell'ossessivo dalla vita e la conseguente introduzione di una "inclinazione" alla morte.

## BIBLIOGRAFIA

Ballerini A.: voce *Ossessione*, in *Psiche. Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, II. Einaudi, Torino, 2007

Berg J.H. van den: *Fenomenologia e psichiatria*. Bompiani, Milano, 1961

Gebsattel V.E. von: *Il mondo dell'anancastico*, in Minkowski E., Gebsattel V.E. von, Straus E.: *Antropologia e psicopatologia*. Bompiani, Milano,1967

Spiegelberg H.: *Phenomenology in Psychology and Psychiatry*. Northwestern University Press, Evanston, 1972

Straus E.: *Phenomenology of hallucinations, Phenomenological Psychology*. Basic Books, New York, 1966

… : *Sull'ossessione. Uno studio clinico e metodologico*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2006

Dr. Cristian Muscelli
Via Luigi Pastori, 3
I-63100 Ascoli Piceno

*Recensione al volume di E. Straus:* Sull'ossessione. Uno studio clinico e metodologico. *Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2006*

ERRATA CORRIGE

nel fascicolo 16/18 di COMPRENDRE (2008), nello scritto di S. Besoli: a p. 34, riga 10, “*struttura*” obiettivo-trascendentale sostituisce *“struttura”*, obiettivo trascendentale; a p. 39, riga 18, *adiecto* sostituisce *adjecto*; a p. 42, nota 22, determinate connessioni sostituisce determinate connessioni,; a p. 52, riga 2, Kongress sostituisce Kongreß.

X CORSO RESIDENZIALE DI PSICOPATOLOGIA FENOMENOLOGICA
2009/2010 - Figline Valdarno

# *Psicoterapia e percorsi di cura in Psicopatologia Fenomenologica*

27 Novembre 2009: Inaugurazione e Presentazione del Corso da parte del Dr. Riccardo Nocentini, Sindaco di Figline Valdarno

27-28 Novembre 2009: *Introduzione alla psicopatologia fenomenologica*

*Psicopatologia fenomenologica: excursus storico-critico*: Gilberto Di Petta
*Che cos'è la fenomenologia oggi?* Federico Leoni e Giovanni Stanghellini
*Psicoanalisi e/o fenomenologia narrativa?* Bruno Callieri
Moderatori: Lorenzo Calvi e Arnaldo Ballerini

I. 5-6 Marzo 2010: *Dalla clinica del "caso" alla cura della persona: psicopatologia e psicoterapia*

Relatore: Arnaldo Ballerini
Moderatore: Giovanni Stanghellini
Moderatore discussione: Gilberto Di Petta
Storia clinica presentata da Paolo Colavero commentata da Arnaldo Ballerini, Gilberto Di Petta, Giovanni Stanghellini

II. 23-24 Aprile 2010: *Clinica dell'affettività: psicopatologia, psicoterapia e percorsi di cura*

Relatore: Mario Rossi Monti
Moderatore: Andrea Carlo Ballerini e Nicoletta Gosio
Storia clinica presentata da Marina Cobianchi commentata da Paolo Scudellari

III. 7-8 Maggio 2010: *Clinica delle psicosi autistiche, deliranti o subapofaniche: psicopatologia, psicoterapia e percorsi di cura*

Relatore: Arnaldo Ballerini
Moderatore: Ludovico Cappellari e Giampaolo Di Piazza
Storia clinica presentata da Simona Granà commentata da Leonardo Meneghetti

IV. 18-19 Giugno 2010: *Clinica della tossicomania: psicopatologia, psicoterapia e percorsi di cura*

Relatore: Gilberto Di Petta
Moderatore: Arnaldo Ballerini e Giampaolo Di Piazza
Storia clinica presentata da Antonina Di Cintio commentata da Arnaldo Ballerini, Gilberto Di Petta e Giampaolo Di Piazza

V. 8-9 Ottobre 2010: *Clinica della personalità: psicopatologia, psicoterapia e percorsi di cura*

Relatore: Antonello Correale
Moderatore: Giovanni Stanghellini e Riccardo Dalle Luche
Storia clinica presentata da Danilo Tittarelli commentata da Antonello Correale, Giovanni Stanghellini e Riccardo Dalle Luche

VI. 19-20 Novembre 2010: *Il comprendere fenomenologico* dell'essere Famiglia *nella nostra cultura attuale: implicazioni per la clinica psicoterapeutica*

Relatore: Corrado Pontalti
Discussione: Vittorio Cigoli e Roberto Vitelli
Storia clinica *Trattamento multidimensionale di un adolescente con fenomenologia borderline e organizzazione schizoide di personalità: un cammino di sei anni verso la vita* presentata da Luigi Cinque, Angelo Fiorini, Silvia Morgante commentata da Massimo Semenzin
Tavola rotonda: Arnaldo Ballerini, Gilberto Di Petta, Mario Rossi Monti

Sede: Palazzo Pretorio di Figline Valdarno (FI)
Per informazioni e iscrizione: AIM Group, Viale Mazzini 70, 50132 Firenze,
tel. 055-233881 - dipiazzagiampaolo@yahoo.it

## PRESENTAZIONE DEL CORSO

Il X Corso Residenziale di Psicopatologia Fenomenologica di quella che, ormai, va sotto il nome di "Scuola di Figline Valdarno", segna una svolta nella formazione, nella didattica e nella declinazione operativa della psicopatologia fenomenologica. Sulla base dell'esperienza maturata negli ultimi anni e delle valutazioni dei corsisti questa edizione si presenta, infatti, con una struttura e con un'intenzione del tutto rinnovate. Il *focus* è interamente spostato sulla psicoterapia e sui percorsi di cura che scaturiscono dalla impostazione psicopatologica. Il numero dei relatori è ristretto a clinici di provata esperienza e di chiara apertura verso la prospettiva fenomenologica.

In occasione dell'incontro introduttivo del 27-28 novembre 2009 (iscrizione gratuita) si illustreranno le dimensioni di base, i fondamenti, le linee guida per il passaggio dal crinale psicopatologico a quello (psico)terapeutico. Si partirà, quindi, dalla clinica del caso singolo per costruire poi dimensioni operative, di intervento terapeutico, e percorsi di cura. Le tematiche selezionate negli incontri successivi (disturbi affettivi, deliranti, tossicomani, di personalità, alimentari) sono strettamente inerenti alle situazioni di più comune e drammatica evenienza nei servizi. Come la "cronaca dei fatti" della raccolta anamnestica diventa, binswangeriamente, "storia interiore della vita"? Dove la "proporzione antropologica" gioca il suo ruolo? Dove si incrina il *sensus communis*, e come si incontra l'idionomia per il recupero di una possibile coesistentività? La dialettica tra "persona" e "disturbo" come si articola nel percorso che si snoda tra le sequenze di transizione, alla ricerca di un guado possibile verso la realtà condivisa? Come si interfacciano esperienze vissute, paticità, situatività con l'evanescente eppure ricercata intersoggetttività, reciprocità, intercorporeità? Dove l'impersonale biologico consente l'innesto dell'individuale storico? Come si dà l'incontro tra impassibilità e commozione, comprensione e interpretazione? Come si intersecano i piani fenomenologico, clinico, antropologico, esistenziale? Come si strutturano i *setting* duale e gruppale dell'analisi del *Dasein*? Qual è il senso dell'approccio fenomenologico nel *setting* istituzionale?

Queste saranno le linee traccianti che, nei seminari residenziali, attraverseranno le grandi aree tematiche della psichiatria clinica, in cui tutte le nozioni di base della fenomenologia (epochè, mondo della vita, intenzionalità, incontro, intuizione eidetica, fenomeno, esperienza vissuta) si muovono dinamicamente articolate.

Nel pomeriggio del venerdi il relatore tratteggerà i percorsi terapeutici possibili a partire da situazioni cliniche, mentre i moderatori coglieranno gli spunti di riflessione, proporranno altre chiavi di lettura, promuoveranno le domande da parte dei partecipanti.

Il sabato mattina un corsista terrà un intervento preordinato su di una situazione clinica, sulla quale verterà la discussione tra i corsisti supportata dall'intervento dei moderatori. L'interazione verrà privilegiata per rispondere al bisogno di raccordare le pratiche della cura (farmacologiche, riabilitative, psicoterapeutiche) su di un *background* psicopatologico chiaro e condiviso.

Chi vuole oggi avvicinarsi alla psicoterapia fenomenologica non può prescindere da una rigorosa metodologia psicopatologica, dove gli organizzatori di senso, fuori dall'ottica descrittiva, vengono declinati in una radicale prospettiva di incontro terapeutico.

# INDICE

*PRESENTAZIONE*..... *p.* 7

*EDITORIALE*..... 9

* * *

*A. Ballerini*
LA FENOMENOLOGIA E LA CURA..... 13

*B. Callieri*
LA DIMENSIONE AMBIGUA
DELL'INCONTRO CON LO PSICOTICO..... 24

*L. Calvi*
EPOCHÈ, PRASSI MIMETICA E NEURONI SPECCHIO..... 34

*A. Correale*
I TRE PIANI DELLA FORMAZIONE..... 44

*N. Delladio*
FENOMENOLOGIA E PSICOTERAPIA: UNA RICERCA
SUL CONTRIBUTO DELLA RIVISTA COMPRENDRE..... 63

*G. Di Petta, A. Di Cintio, A. Valdevit, A. Cangiano*
"*SABOTAGE DU DESTIN*":
PSICOTERAPIA FENOMENOLOGICA
DELLE SINDROMI PARANOIDI NEI TOSSICOMANI..... 90

*G. Di Piazza*
PERSONALITÀ PARANOICALE E *MOBBING*:
PSICOPATOLOGIA DI UN FENOMENO ALLA MODA..... 133

*E. Ferrari*
PSICOPATOLOGIA E *ZEITGEIST*.
L'ESPERIENZA DEL PANICO..... 145

*A. Fusilli, M. Rossi Monti*
*REPULSION*
OVVERO DELLA METAMORFOSI DEL PATICO E DEL PRATICO
NEL MONDO DI CAROL LEDOUX.
UNA RIFLESSIONE ANALITICO-FENOMENOLOGICA
SU UN FILM DI ROMAN POLANSKI……..... 171

*M. Musalek*
DÉPRESSION ET DOULEUR, DÉPERSONNALISATION
ET RE-PERSONNALISATION…… 185

*D. Napolitani*
IDENTITÀ, ALTERITÀ, CULTURE…… 195

*C. Pastore*
IL MONDO DEL DELIRIO.
NOTE INTRODUTTIVE ALL'IPOTESI DELLA
RICODIFICAZIONE SENSORIALE DEI PROCESSI NOETICI.. 238

*G. Stanghellini, A. Ambrosini, R. Ciglia, A. Fusilli*
IL PROBLEMA DEL "DISTURBO GENERATORE"…… 260

* * *

*R. Dalle Luche*
UNA STANZA DELLA CRISI PER I "TOSSICI"…… 271

*G. Di Petta*
TRA *LEIB* E *KÖRPER*:
PER UN'ANTROPOLOGIA PSICOSOMATICA…… 275

*C. Muscelli*
ERWIN STRAUS
E L'ANALISI STRUTTURALE DELLE OSSESSIONI…….. 281

* * *

X CORSO RESIDENZIALE DI PSICOPATOLOGIA
FENOMENOLOGICA: *Programma e Presentazione*..... 287

# PRESENTAZIONE

*Quando ho avuto in mano il fascicolo di* COMPRENDRE *offerto ad Arnaldo Ballerini per festeggiare i suoi ottant'anni, mi sono detto che anch'io non ero lontano da questo traguardo. Ricorrenza convenzionale, si dice, ed invece no, perché la biologia vieta di considerarla trascurabile. Nello stesso tempo ho riflettuto che nell'anno 2008* COMPRENDRE *faceva vent'anni ed ho concluso che potevo "lasciare". Anche qui: molti hanno detto che avrei potuto continuare. Ma perché privare un altro d'una fatica così esaltante? Perché sottrarre ad un altro le soddisfazioni che si possono avere "facendo"* COMPRENDRE*? Perché togliere a me stesso la gioia di scrivere queste righe avendo davanti le bozze di questo fascicolo della rivista? Fascicolo che dice da solo quanto sia stata indovinata la decisione di Arnaldo Ballerini e mia di affidare a Gilberto Di Petta la redazione di* COMPRENDRE*.*

*Grande è il mio piacere di vedere camminare con le gambe di un altro la rivista, che ho concepito vent'anni fa e per la quale ho speso per vent'anni una parte non indifferente della mia giornata.*

*Non dirò nulla sulla nascita di* COMPRENDRE *e sui suoi primi passi, perché in queste pagine il giovane Nicola Delladio ne parla diffusamente.*

*Secondo l'uso, questa "paginetta", come si dice a scuola, dovrebbe essere un commiato dai lettori: ma io ai lettori di* COMPRENDRE *sarò sempre vicino. Non perderò però l'occasione per ringraziarli per la loro attenzione e la loro fiducia. Ringrazio caldamente i collaboratori e soprattutto quelli che mi hanno assecondato nelle mie indicazioni. Ringrazio la Società Italiana per la Psicopatologia nella persona del suo presidente, Prof. Arnaldo Ballerini, che da anni sostiene moralmente e finanziariamente la rivista.*

*A tutti, ed a Gilberto Di Petta in particolare, vadano i miei più fervidi auguri.*

*Lorenzo Calvi*

# EDITORIALE

*Raunai le fronde sparte*
Dante

*Chers amis*,

a partire da questo numero, il diciannovesimo, assumo la responsabilità della redazione di COMPRENDRE. Non senza una grande commozione, pertanto, raccolgo il mandato conferitomi da Lorenzo Calvi e dal Direttivo della Società Italiana per la Psicopatologia. Spero di essere all'altezza della non lunghissima, ma significativa storia di questa Rivista, unica nel suo genere, e, soprattutto, all'altezza del suo futuro, che con tutti voi mi auguro che sia, se mai questo fosse possibile, ancora più ricco.

La rivista COMPRENDRE, dal 1988 ad oggi, ha compiuto gloriosamente e, quasi inaspettatamente, il giro di boa del suo primo ventennio.

Siamo tutti immensamente grati al fondatore, Lorenzo Calvi, di questo che, negli anni, si è rivelato essere il *manuscriptum*, per i primi tempi canovaccio di fogli ciclostilati quasi *clandestinamente*[1] passanti *de manu in manum*, dove il discorso della Psicopatologia fenomenologica ha trovato la possibilità di tenersi brillantemente in vita e di raggiungere gli appassionati, anche, e soprattutto, Oltralpe. L'esperienza riferita più volte da Arnaldo Ballerini è capitata a diversi di noi: sentirsi chiedere all'estero, da colleghi molto ben quotati, con una sorta di mal-

[1] «[…] inizialmente ciclostilata – come i fogli clandestini di ogni movimento di liberazione – e con il significativo sottotitolo di *lettre entre des amis* […]» (A. Ballerini, *Psicopatologia fenomenologica: percorsi di lettura*, p. 115, CIC, Roma, 2002).

celato pudore, come fare per avere l'ultimo numero di COMPRENDRE. Autori come Tellenbach, Kuhn, Azorin, Barison, Kimura, Rovaletti, Blankenburg, Charbonneau, Eng, Lantéri-Laura, Parnas, Fuchs e Kraus, in questi venti anni, non hanno mai disdegnato di pubblicare propri lavori inediti su questo incredibile, *utopico*, libero "*Journal de bord*", come lo definiva Calvi nel suo editoriale al primo numero, che, per l'appunto, cominciava proprio con l'allocuzione con cui, per onore di tradizione e per continuità di intenti, ho cominciato io questo editoriale: «*Chers amis...*».

Ma cos'è, esattamente, con voi, *chers amis*, qui mi domando, che COMPRENDRE ha rappresentato in questi anni? Qual è il *fil rouge* che COMPRENDRE ha contribuito ad evidenziare nella sfrangiatura dei discorsi possibili?

Più che un *corpus* dottrinario statico e di senso compiuto, infatti, COMPRENDRE, in questi anni, ha evidenziato il carattere frastagliato della Psicopatologia fenomenologica, che è divenuta, durante un secolo di contributi, una sorta di mosaico fluido, un eterogeneo amalgama, dentro il quale hanno trovato posto e incrocio diverse prospettive, diverse posizioni.

Ad ogni modo l'eterogeneità, la contaminazione, la coesistenza di diversi paradigmi in seno all'orizzonte fenomenologico rappresentano proprio la vivacità di questo orientamento, costellazione, movimento. Ma COMPRENDRE è stata, anche, e forse al di là delle sue intenzioni, la prima nucleazione "cartacea" delle voci di quella che oggi, a pieno diritto, Georges Charbonneau ha definito, in uno degli ultimi numeri della rivista L'ART DU COMPRENDRE (fondata nel 1994 con Philippe Forget) come *l'École Italienne de Psychopathologie phénoménologique*.

Questa che oggi, anche grazie a COMPRENDRE, è la Scuola italiana di Psicopatologia fenomenologica, ha iniziato a muovere i suoi primi passi nel Secondo dopoguerra, con Danilo Cargnello e con un ritardo di circa un quarto di secolo sulla restante fioritura europea. Questo le ha consentito, tuttavia, di godere di una tradizione ormai rigogliosa, e, al tempo stesso, di sbocciare in un clima culturale assai complesso, quello del ventennio Settanta-Novanta, tra rinnovamento sociale, affermazione del paradigma psicoanalitico, diffusione dell'impostazione neurobiologica e infine, più di recente, crisi profonda di tutti questi paradigmi. Il peculiare sviluppo territoriale della psichiatria italiana da una parte, la mancanza di una solida (e dunque vincolante) tradizione psichiatrica come quella francese o quella tedesca dall'altra, hanno creato, nel nostro Paese, quel clima di antagonismi diametrali tra il paradigma scientista e quello sociale, inframezzati da una dimensione psicologistica poi frantumata in mille rivoli. In questo contesto, incredibilmente, il *quid*

*novum* rappresentato dalla fenomenologia, pur sostenuta da *rari nantes in gurgite vasto*, sta proprio in questo suo ambiguo radicarsi: da una parte nel concreto inaggirabile della clinica, dall'altro nel trascendentalismo della cultura filosofica. Questo le ha consentito di fare da interfaccia anche con i movimenti dell'antropologia culturale (De Martino, Callieri) e, più recentemente, dell'etnopsichiatria.

Ma il compito che COMPRENDRE si propone è anche, soprattutto, quello di reclutare, nel tempo, una nuova generazione di clinici (la terza o la quarta?) ispirati alla fenomenologia, in qualche modo di garantire un ricambio, di sentire come suona, nella vita dei giovani, il discorso che a tanti o a pochi di noi, *chers amis*, è così caro.

In questa impresa, devo dire, oggi non mi sento solo.

A parte i miei diretti maestri, come Bruno Callieri, Arnaldo Ballerini, Lorenzo Calvi, Eugenio Borgna, Ludovico Cappellari e i compagni di strada di tanti anni, come Mario Rossi Monti, Giovanni Stanghellini, Andrea Ballerini, Riccardo Dalle Luche, Giampaolo Di Piazza, sento vicini a me, in questo momento e da diverso tempo, non pochi valorosi giovani, psichiatri, certo, ma soprattutto, devo dire, psicologi, i quali ritengono i loro aneliti clinici insoddisfatti da paradigmi più di tendenza, e riscoprono il piacere e l'avventura nel difficile itinerario della formazione fenomenologica, finalizzata soprattutto all'incontro con l'esperienza psicotica.

Si tratta, però, qui – e questo è il punto veramente forte della riflessione che confluisce su COMPRENDRE – della raccolta e della cifratura di un materiale squisitamente *umano*, di qualcosa che, a rigor di termini, rimane fuori dall'*assessment* clinico in senso stretto, quindi, di una specie di *materiale di scarto* dall'angolatura rigorosamente clinica, non ancora elaborato, troppo grezzo per diventare oggetto di riflessione filosofica.

È, tutto questo, il residuo apparentemente inutile ed irriducibile, il truciolo, il pezzo che avanza, che sovrabbonda. Il *corpo*, le *esistenze*, e i *mondi* – come Callieri da sempre ci ricorda – sono ciò che trasuda dalla clinica, l'eccedenza, quel *quid humanum* che sfugge ad ogni presa teoretica. È quell'umano *idiopatico* eppure, tuttavia, *nomotetico*, quell'umano che si colloca su di un piano inimmaginabile nosograficamente. Calvi diceva, nel lontano 1988, che la redazione di COMPRENDRE è dovunque: volendo dire che è dove si "fa" fenomenologia. Questa *atopia* può generare l'*utopia*. Ma quale utopia? Forse, diremmo, con il linguaggio e la speranza di oggi, l'utopia della cura.

COMPRENDRE, sulle cui pagine si è praticamente formata la mia generazione, vuole continuare ad essere, in definitiva, come lo è stata finora,

del resto, il luogo dove lo psicopatologo, reduce dal fuoco dell'incontro, ritesse, per conto suo, le trame di senso strappate dall'urto con un'umanità divorante, lacerante, a tratti con un'umanità terminale, altrimenti ridotta a *convitata di pietra*, *giardino delle statue di sale*[2].

COMPRENDRE vuole essere questo luogo: un testo di luoghi aperti, un terzo spazio, *antropologico*, tra realtà e delirio, dove chiunque ha bisogno può accedere e prendere, se vuole, ciò che, in un certo senso, gli manca: è lo *spazio trascendentale* di Calvi, dove, come ci ricorda Callieri, la psicopatologia è *destinata a restare un interrogare ed un interrogarsi radicale*.

È in questo senso, allora, che imparare a pensare *psicopatologicamente* significa, riscoprendo l'*epochè*, imparare a pensare in termini di *libertà* laddove il *pensiero psicopatologico* nasce, in fondo, proprio al cospetto di un individuo che, assorto nell'atmosfera perplessa della sua *Wanhstimmung*, sta, appunto, *liberando* (certo angosciosamente) gli oggetti del mondo dalla determinazione dei loro significati usuali. Come Calvi, Blankenburg e Stanghellini ci hanno insegnato, è anche questa (psicopatologica) un'*epochè*. È, tutto questo, l'azzeramento, che *pre*-cede, a volte, l'irruzione delirante; ma anche il *vuoto*, che prepara il nuovo; il *silenzio*, che anticipa la visione.

*Chers amis*, grazie e, a tutti noi, buon viaggio sulla *via che*, insieme, *faremo andando*.

*Gilberto Di Petta*

[2] Del Pistoia L.: *Il giardino delle statue di sale*, Pacini Fazzi, Lucca, 1997.

# LA FENOMENOLOGIA E LA CURA

A. BALLERINI

Vorrei richiamare l'attenzione sul senso che la psicopatologia ed il suo impianto fenomenologico possono avere nella vita dei Servizi di psichiatria.

Esistono, come si sa, a fondamento della psicopatologia sviluppi fenomenologici diversi:

1) una fenomenologia tesa alla comprensione per immedesimazione delle esperienze del soggetto;

2) una fenomenologia "eidetica", che ricerca l'essenza, l'*eidos* appunto, delle esperienze patologiche.

Entrambe, al di là dei presupposti teoretici che vanno da Husserl a Heidegger, sono la risultante di un vero e proprio esercizio che coniughi, sulla base di un'innegabile disposizione personale dello psichiatra, fonti culturali con una continua riflessione sulla densità dei vissuti che ci vengono proposti dalla persona e sui significati che essi veicolano. Entrambi i due atteggiamenti insiti nella psicopatologia fenomenologica, quello eidetico e quello comprensivo, entrano a costituire l'ossatura, la trama della psichiatria fenomenologica.

Questa precisazione è altrettanto vera sia in un percorso di studio nella psicopatologia di una qualsiasi sindrome, sia quando si tratta di un progetto di psicoterapia, e non potrebbe essere diversamente perché la fenomenologia psichiatrica pone in primo piano una ricerca di senso e quindi ricostruire un'osservazione clinica ricercandone i percorsi di senso è già un approccio psicoterapico. Come questo, sconterà quanto tempo gli abbiamo dedicato, quanto siamo riusciti a costruire di rapporto, quanto ampio era l'ascolto, vale a dire lo sfondo che ci rendeva

aperti ai diversi modi di chi è incontrato, quanto profonda e puntigliosa era la nostra conoscenza psicopatologica, che è pur sempre il basamento e il grado zero di ogni avvicinamento psichiatrico.

Io non sottolineo tanto il rapporto fra "fenomenologia" e "psicoterapia", che può essere all'origine di tanto giuste quanto puntigliose *querelles*, sembrandomi un confronto non del tutto congruo, un confronto fra entità diverse, essendo la prima un ben noto sistema filosofico, la seconda una tecnica terapeutica. Siamo tutti consapevoli che ogni progetto di ricerca o di cura è sotteso da presupposti di derivazione filosofica, che uno ne sia consapevole o no, cosicché la pretesa di un operare psichiatrico del tutto a-teoretico è un inganno. K. Jaspers osservava che gli psichiatri che disprezzano ogni presupposto filosofico ne verranno silenziosamente sommersi. Ma una cosa sono i presupposti e la loro matrice di ispirazione, altra cosa sarebbe una pedissequa applicazione di una qualsivoglia filosofia. Il legame stretto è semmai quello tra psicopatologia (fenomenologica) e psicoterapia, così stretto da essere in gran parte una sovrammissione.

Quello che conta è ciò che indicherei come "atteggiamento fenomenologico" dello psichiatra: la disponibilità-capacità, ad esempio, a cogliere e restituire aspetti particolarmente significativi del progetto di mondo dell'altro, ad usare senza paura – ma anche senza esserne intrappolati – il proprio movimento empatico, ad attingere significati fisiognomici nel vissuto proprio evocato da quello altrui, col presupposto che l'esperienza fenomenologica sia, ha scritto W. Blankenburg, «un tentativo di mantenersi ancora risolutamente più aperto a tutti i modi di essere di chi è incontrato».

Del resto io parlo di ispirazione fenomenologica e non di applicazione, visto che credo non esista tesi filosofica che possa dettare limiti e vincoli alla ricerca psicopatologica. Il fatto che noi si possa nel concreto avvicinamento ad una persona, dimenticare, sospendere, scompigliare, travalicare gli stessi paradigmi nosografici è un fatto che si può permettere soltanto colui che conosce benissimo la psicopatologia e riesce a mantenere attiva la spinta creativa di essa. Non si deve tuttavia credere che la miglior ricerca di senso passi attraverso un approccio di derivazione irrazionale, del tipo «conoscere qualcosa sulla schizofrenia ostacola la conoscenza di uno schizofrenico», dimenticando che di solito una mente vuota di nozioni non è più aperta, ma semplicemente vuota, e illudendosi che possa esistere una ricezione "naturale" dei dati non mediata da trame gnoseologiche. In ciò ignari non solo dell'asserzione epistemica che i fatti sono gravidi di teorie, ma anche della frase di Pirandello: «Un fatto è come un sacco: non sta su finché non ci hai messo dentro qualcosa».

Molto dipende dal saper ricominciare ogni volta daccapo, non illudendoci di avere una verità precostituita, sia pure fondata sulla più solida costruzione psicopatologica. Se, come scrive K. Jaspers, "impassibilità" e "commozione" vanno di pari passo nella comprensione di un mondo psicopatologico, del pari conoscenza e ingenuo candore vanno mano nella mano nella ricerca di senso di una esperienza psicopatologica. E che cosa è più ingenuo dell'*epochè*? Cioè del metodo fenomenologico di conoscenza che mette tra parentesi, sospende, i pregiudizi, i giudizi, i dati del mondo reale ecc. concernenti la persona della quale ci occupiamo, per far emergere soltanto le possibilità dell'empatia e il movimento intenzionale dei significati della coscienza che cerchiamo di illuminare.

Il progetto scientifico di una psicopatologia resta per molti psichiatri, nella lunga scia di K. Jaspers, lo studio, l'analisi, la possibilità di tradurre in concetti trasmissibili, le forme ed i modi – più che non i temi – dell'esperire del malato di mente, e, come si sa, questo progetto ha illuminato in maniera irrinunciabile la clinica psichiatrica.

Ma anche rimanendo al progetto della psicopatologia basata sulla "fenomenologia comprensiva-soggettiva" (come è quasi interamente la trama conoscitiva jaspersiana), quale ruolo e senso la psicopatologia può oggi avere nella ricerca e assistenza psichiatriche? Quest'ultima – almeno da noi – è connotata, nelle situazioni migliori, da un espandersi della psichiatria nella comunità, ma non di rado anche da un declino dell'interesse per la psicopatologia.

Inoltre è avvenuto che alcuni importanti centri di costruzione del sapere non abbiano giocato un ruolo significativo nel processo di trasformazione dell'assistenza psichiatrica in Italia, ed è anche talora accaduto che venisse dichiaratamente rifiutata come "oggettivante" ogni lettura della devianza che non fosse una interpretazione rigidamente sociologica. Posizione questa che denuncia un'immagine bidimensionale dell'uomo, e inoltre mi pare confonda i vari significati del verbo oggettivare, allorché si travolge in un'unica condanna l'obiettivazione dell'uomo in sede etica ed economico-politica con quella in sede di conoscenza.

Dal mio punto di vista, una lettura quasi esclusivamente sociologistica del disturbo mentale, corre il rischio di non considerazione dello spazio di individuale progettualità della presenza umana e dei suoi modi e temi di costituirsi. I "matti non esistono" può diventare tragicamente uguale a: "la mente non esiste" (Ballerini, Pazzagli). Anche se devo dire che, come cultore di psicopatologia, condivido l'osservazione di W. Janzarik che scrive come uno psicopatologo non possa non provare una qualche simpatia verso movimenti così radicalmente oppositivi ad ogni riduzionismo biologistico della malattia mentale.

Nonostante i diversi luoghi della prassi psichiatrica tendano a produrre sfondi culturali e stili operativi diversi, dovrebbe essere chiaro ormai che la malattia mentale, in maniera non diversa alla psichiatria nella comunità, è comunque «un gioco che si fa in molti» (Hochman), in una rete intersoggettiva ove l'attenzione al fluire, normale o patogeno, delle relazioni ripropone l'importanza del dialogo, del rapporto, del suo entrare in risonanza con fantasmi interni, o, più esattamente, ripropone l'importanza del concetto fenomenologico di "situazione" nel senso di *tranche* del rapporto Io-Mondo.

La separazione dei due termini, Io e Mondo, in definitiva è un *après-coup* della ragione.

Lo spostamento della prassi psichiatrica da un contesto manicomiale ad uno comunitario comporta non solo il riconoscimento del danno inferto alla persona da pratiche di esclusione, intrinsecamente violente, e un allargamento dell'ottica dal malato al malato-in-situazione, ma sovrattutto il passaggio da un momento pietrificato, perché riproducentesi come identico, al declinarsi di un tragitto di esistenza, ove il tempo è quello modulato dal rapporto. L'elemento principale che viene così ad affacciarsi, oltre a quello dell'introduzione del contesto di vita nel campo osservativo, è il fattore della temporalità che, pur con tutte le manchevolezze delle concrete relazioni terapeutiche, permette spesso di delineare una traiettoria di malattia, ma al di là di essa una traiettoria di stile di vita: di modi di rapporto del malato con l'ambiente, certo, ma anche, e sovrattutto, di modi di coniugazione fra la soggettività ed il disturbo che la affligge, tra persona "spirituale" e trascendenza del disturbo.

Questo modello, non semplicemente di osservazione protratta, ma di rapporto longitudinale interattivo con il malato di mente, mi sembra sia fonte di nuove conoscenze in vari ambiti psichiatrici ed esemplarmente nel campo dei disturbi schizofrenici che – come L. Binswanger ci ha insegnato – poggiano sul piano dell'interruzione della continuità dell'esperienza, e si declinano quindi primariamente nella storicità dell'esserci.

Anche se talora la pressione dell'urgenza e comunque del dover provvedere, e la duplice spinta dell'ambizione terapeutica e dell'inevitabile funzione di controllo, ci fanno correre il rischio di azioni che hanno più le caratteristiche dell'*acting-out* che dell'operare psichiatrico, mi sembra evidente che, attraverso l'esperienza dei servizi psichiatrici nella comunità, alcune trame conoscitive si vadano via via delineando nella psicopatologia del presente. Inoltre l'acuta consapevolezza degli aspetti incerti e problematici di continuo emergenti soprattutto dalla psicopatologia fenomenologica che mantiene il suo ruolo di "guastafeste" nei confronti di una nosografia troppo sicura di sé, possa

essere un buon deterrente rispetto a una psichiatria spesso in bilico fra il rischio di risolversi in puro "agire" e quello di credere di poter "accogliere" e "comprendere" ogni condizione morbosa sulla base di modelli fatti una volta per tutte.

Ma, in definitiva, i servizi di psichiatria nella comunità sono stati pensati essenzialmente per una istanza morale di rispetto della persona, consapevoli ormai di dover evitare la coniugazione perversa fra spersonazione insita nella malattia mentale e sua puntuale, isomorfa conferma nell'antica gestione manicomiale, e poco importano dunque le dottrine psichiatriche.

Ma questa frase divenuta così banale, "spersonazione psicotica e sua ratifica manicomiale", a sua volta deriva da precise osservazioni cliniche e dai loro presupposti teoretici, in mancanza dei quali l'istanza morale avrebbe avuto poche possibilità di tradursi in prassi generalizzata; visto che non era certo inferiore a quella che noi pretendiamo di avere la tensione morale di Esquirol quando propugnava gli "ospizi dei pazzi", sul modello di Charenton!

L'uso deplorevole e balcanizzato nelle teorizzazioni psichiatriche ha favorito, è noto, la risonanza della lezione che un cultore dell'empirismo logico, il filosofo C. Hempel, impartì in una lettura magistrale nell'ambito dell'American Psychiatric Association nel 1965 in tema di nosografia psichiatrica. Ma dopo la grande enfasi circa un modello psichiatrico rigidamente categoriale, una diffusa insoddisfazione negli ultimi anni sembra pervadere il pensiero psichiatrico proprio nei confronti di una dottrina categoriale dei disturbi psichici, della quale peraltro tutti riconoscono l'utilità, ma quella di una mera convenzione.

Ho l'impressione che questa diffusa insoddisfazione derivi non solo dalla incombente assolutizzazione e reificazione dei paradigmi categoriali, e dalla crescente evidenza della loro insufficienza, ma soprattutto dalla drammatica e sempre più stridente carenza di ascolto che ha caratterizzato buona parte della psichiatria del presente. Non è piccolo segnale che anni fa J.S. Strauss scrivesse: «[…] ci sono molte cose che i pazienti stanno tentando di dirci sulla loro esperienza soggettiva e che noi sistematicamente non riusciamo ad ascoltare».

Diversi anni fa W. Janzarik, in un celebre contributo, scriveva che la crisi della psicopatologia fenomenologica è «una crisi di indifferenza, di rassegnazione e di incertezza, in un'area della ricerca che rischia di scivolare in una terra scientifica di nessuno poiché le sue scoperte maggiori non possono essere espresse in diagrammi o nel linguaggio del computer».

Io penso che dobbiamo riproporre il valore della psicopatologia non solo come itinerario formativo dello psichiatra, ma come elemento fondante dell'autentico esercizio della psichiatria.

Si possono in effetti considerare almeno due declinazioni della fenomenologia psichiatrica: l'una come patrimonio di conoscenze, ignorando le quali ci si può ridurre ad una psichiatria appiattita (*mindless*) forse nell'illusoria speranza che un riduzionismo, non solo "metodologico" ma che sfoci a livello "ontologico", conduca ad una lettura neurobiologica esaustiva del disturbo psichico. L'altra declinazione è quella della psicopatologia come specifico atteggiamento mentale dello psichiatra, connesso al metodo che permette l'acquisizione delle conoscenze psicopatologiche, che sono sempre parziali, provvisorie, poco rassicuranti, in *infinitum imperfectae*, e che non evitano di porre lo psicopatologo-fenomenologo di fronte al singolo caso nella posizione che E. Husserl indicava come quella dell'"eterno debuttante".

Lo sviluppo della psicopatologia fenomenologica, che non si è certo fermata a Karl Jaspers e Kurt Schneider, può tendere verso almeno tre direzioni (Ballerini, Giacanelli):

1) la ricerca di ordinatori psicopatologici di livello superiore che, ampliando l'orizzonte nel quale si colloca la ricezione dei singoli fenomeni, rappresentino in definitiva una donazione di senso ai fenomeni stessi. La temporalità, ad esempio, è un ben noto ordinatore di sindromi psicopatologiche, ma la semplice ricezione partecipe dei movimenti affettivi nelle psicosi paranoidi (la disforia, l'oscillazione vergogna-rabbia, ecc.) sembra delineare un guado fra le due sponde dell'incomprensibilità, talora postulata come assoluta.

2) la seconda direzione di possibile sviluppo della psicopatologia fenomenologica e che discende direttamente dalla prima, è porre le premesse teoriche ed un atteggiamento mentale non *naif* per un approccio psicoterapico al mondo delle psicosi, meno episodico o selettivo di quanto non avvenga oggi.

3) inoltre si può ipotizzare un possibile terreno di incontro con la ricerca di ordine biologico, incontro che è difficile pensare possa realizzarsi sulla base di una traduzione in termini sintomatologici di frammenti comportamentali o sulla base di diagnosi convenzionali.

(Io non voglio dilungarmi sull'esempio clamoroso dell'accertata complementarietà tra una nozione così tipicamente fenomenologica come quella di autismo quale deficitaria costituzione dell'Altro, e i dati neurofisiologici sui *mirror neurons*, senza perciò diventare dei "saltimbanchi della epistemologia", secondo il giustificato timore di Jean Naudin),

4) né spenderò parole per ricordarvi quella che può essere chiamata una bussola psicopatologica per la scelta dei farmaci, in un'epoca nella quale fortunatamente siamo passati da qualche neurolettico distribuito a pioggia ad un'azione sempre più raffinata e mirata di farmaci antipsicotici.

Quell'"ascoltare l'esperienza soggettiva" della quale J. Strauss si fa oggi paladino, che da K. Jaspers in poi è stato il punto focale della psicopatologia, ne è ovviamente il punto zero, ma anche il punto di partenza di ogni approccio tendenzialmente fenomenologico, che ogni Servizio che funzioni realizza – certo in misura diversa – nella prassi quotidiana e ad esso continuamente ritorna nel lavoro terapeutico, mettendo tra parentesi ogni pretesa esplicativa, ogni teoresi assolutizzante ed usando le stesse formulazioni diagnostiche semplicemente come prima rete di riferimento per accogliere la sofferenza del paziente, o, se preferite, quali "boe di galleggiamento", come K. Schneider (1971) diceva dei suoi "sintomi di primo rango". E le boe di galleggiamento, come chiunque vada per mare sa, non indicano la rotta, ma lo spazio entro il quale si può navigare.

In passato si è a lungo sentito dire che il piano-guida essenziale o unico esempio della farmacoterapia ha da essere quello diagnostico. Ma molta acqua è passata sotto i ponti e non molti credono più che la stella polare della ricerca e della prassi sia la nosografia categoriale, tesa a stabilire confini convenzionali, e che contiene tuttavia frammenti di verità pur utili ma solo per un primo livello di informazioni nella comunità degli esperti.

Il guaio è fermarsi lì, ad una etichetta diagnostica che non di rado – ha scritto W. Blankenburg – illumina più sulla scuola di appartenenza dello psichiatra che non sul paziente. Ma già K. Jaspers in pagine indimenticabili aveva annotato: «La diagnosi è l'ultimo punto da considerare nella comprensione psichiatrica di un caso […] L'importante è l'analisi ed il fatto che il caos dei fenomeni non venga seppellito, ai fini della conoscenza, da una etichetta diagnostica […] In psichiatria diagnosticare è sovente uno sterile giostrare, nel quale solo pochissimi fenomeni cadono nel campo del sapere cosciente». Mentre se il rapporto si prolunga e diviene tendenzialmente terapeutico, psichiatra e paziente modulano e variano continuamente la distanza fra loro, e ciò significa che il curante passa di continuo dal generale al particolare ed individuale, dal categoriale all'esistenziale e all'esistentivo, e viceversa, di continuo ri-prendendosi rispetto ad una distanza fusionale od invece stellare, di continuo oscillando fra sforzo di immedesimazione nei vissuti dell'altro e distaccata riflessione sulla densità dei significati che essi veicolano.

La fenomenologia psichiatrica ricerca una visione tipologica delle strutture intenzionali di significato (l'intersoggettività, la temporalità, la spazialità, la corporeità...) e, tendendo ad individuare degli ordinatori psicopatologici di livello superiore rispetto a frammenti sintomatologici, ha portato avanti il tentativo di fondare una scienza oggettiva – nel senso del rigore e della comunicabilità – dei fenomeni soggettivi, delineando la cogente integrazione fra la dimensione "impersonale-biologica" e quella "individuale-storica" nel concreto attualizzarsi dei disturbi mentali e nel concreto approccio terapeutico ad essi.

Un punto essenziale, che la psicopatologia ha proposto nelle sue varie declinazioni fenomenologiche, è il rapporto fra la globalità della persona e l'abnorme esperire che può pervaderla.

La scelta terapeutica, di qualsiasi tipo sia, di questo deve anche tener conto: del confronto fra persona ed esperienza abnorme. Il binswangeriano rapporto fra "altezza" dell'esperire e "larghezza" della base personologica è la matrice propriamente antropologica della semeiotica psichiatrica.

La fenomenologia fornisce cioè un metodo per illuminare gli stati della mente, i fatti psichici quali essi sono, i fenomeni in quanto fenomeni e non quali vengono teorizzati o reificati. Non c'è psicopatologia e forse, oso dire, non c'è psichiatria senza considerazione, preoccupazione, cura dell'umano esperire, dell'*Erleben*. E questo può avvenire su vari piani, di diversa complessità: o nel suo darsi fenomenico, o nei suoi aspetti strutturali, o nei suoi modi costitutivi; ma tutti hanno in comune il principio dell'attenzione prioritaria e del radicale rispetto per l'esperienza interna dell'uomo, accolta quale espressione di senso, al di fuori e prima di intrusioni causali ed interpretative.

Questo metodo è uno strumento da un lato per delineare e ordinare i fenomeni psicopatologici, dall'altro ci fornisce il materiale fenomenologico-empirico e descrive la strada che ci conduce all'*eidos* dei fenomeni, alle caratteristiche di nucleo appartenenti a tutti gli esempi possibili della classe di oggetti considerati.

In mancanza di tale intuizione eidetica globale, nessuna conoscenza è possibile, né quella quotidiana, né quella diagnostica, né quella di un progetto di ricerca. La scientificità è proprio garantita non dalla impossibile assenza di presupposti e precognizioni generali, ma dalla consapevolezza dei sentieri eidetici che ci hanno condotto alle precognizioni e dalla disponibilità a cambiarle nell'urto con i dati empirici, se ciò lo rendesse necessario. La fenomenologia psichiatrica si muove dunque, partendo dalle premesse husserliane, all'interno del *circolo ermeneutico* (Gadamer) ove una precognizione globale (frutto dell'apprensione eidetica degli attributi di nucleo che indicano l'essenza di un oggetto) si

confronta con la ricerca dei dati parziali, i quali a loro volta potrebbero modificare la visione di essenza precedente, in una circolarità senza fine. Non si deve cioè credere – e questa è una delle grandi lezioni della fenomenologia – che pre-comprensione abbia l'attributo negativo di pre-giudizio: ha invece il senso di giudizio globale inevitabilmente e intuitivamente anticipato: la sua messa in luce ed il suo uso critico e pertanto modificabile sono la via regia della conoscenza.

A mio avviso, proprio il tendere della psicopatologia post-schneideriana (in gran parte tuttora in attesa di sistematizzazione) verso una concezione più prototipico-dimensionale che categoriale, ne esalta il fascino e l'utilità nel lavoro terapeutico che i Servizi realizzano nella continuità della presa in carico. E basterà, a questo proposito, ricordare l'importanza della sistemazione dimensionale che autori come K. Koehler hanno proposto per i fenomeni di Primo Rango, considerati "tipi di pregnanza", posti però su un *continuum* esperienziale lungo il quale è possibile che la persona si muova, passando da esperienze non francamente patologiche ad esperienze francamente psicotiche e viceversa, o le ricerche di J. Klosterkoetter sulle "connessioni seriali" tra fenomeni minori, "basici" (Huber), e sintomi psicotici di Primo Rango, o la possibilità di concepire – come G. Stanghellini ed io abbiamo proposto (1992) – un ordinatore psicopatologico sovraimposto ai tre campi del delirio, della allucinazione e dell'influenzamento, e rappresentato dalla distorsione nella normale proporzione fra attività e passività e dal radicale prevalere di quest'ultima nella costituzione delle trascendenze del Sé, del corpo e del mondo.

Fondamentale per la pratica della psichiatria mi sembra anche, come ho accennato più volte fin dall'inizio, l'attenzione a come si declina ed evolve il rapporto fra persona e disturbo. Al di là dell'ipotetica modificazione o della premurosa protezione, di sapore anaclitico, di persone che attraversano la vita sotto il segno della vulnerabilità alla psicosi, quale consistente progresso possiamo ad esse proporre se non l'acquisizione da parte di queste persone di processi di *coping* meno disastrosi, meno irrimediabilmente proclivi a trasformare il "perturbante" di disturbi basici, comunque intesi, in sintomi psicosici?

Ora se, nonostante questi ed altri progressi, la psicopatologia ha mancato di divenire la lingua comune, la *koinè*, di tutti i dialetti psichiatrici, la ragione potrebbe consistere nell'estraneità della psicopatologia all'esercizio prognostico. Il fatto è che la psicopatologia è parte delle scienze umane e come tale è interessata non ad una sistematica della malattia mentale, bensì all'individuazione di dispositivi antropologici, di modelli di funzionamento della psiche umana, i quali forse attraversano la salute e la malattia, e certamente non sono confinati in

singole forme morbose ed hanno per scopo di articolare la congerie delle esperienze interne di una persona delineandole in un mondo. Gli organizzatori psicopatologici sono cioè categorie generatrici di senso, il cui scopo potrebbe essere d'iniziare, avvicinare, stabilire un rapporto con un mondo estraneo (Ballerini, Stanghellini, 1991).

Gli organizzatori psicopatologici nel pensiero come nella prassi psichiatrica, guidano, consapevolmente o no, in modo sofisticato ed assieme necessariamente ingenuo, la nostra capacità, appunto, di mantenersi aperti ai diversi modi di essere di chi è incontrato.

## BIBLIOGRAFIA


Ballerini A., Giacanelli F.: *Necessità e insufficienza della psicopatologia generale nella formazione dello psichiatra*, in Ancona A., Ferro F.M., Di Giannatonio M. (a cura di): *Formarsi e formare in psichiatria oggi*, pp. 65-69. Pubblicazioni dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano, 1993

Ballerini A., Pazzagli A.: *La psichiatria fra "agire" e "operare"*. PROSP. PSCOANAL. NEL LAVORO IST., II, gen-giu 1984, 1: 81-90

Ballerini A., Stanghellini G.: *Organizzatori Nosografici e Organizzatori Psicopatologici*, in *Nosografia e Transnosografia*. Atti del II Congresso Nazionale della Società Italiana di Storia della Psichiatria, Siena 21-23 marzo 1991

Binswanger L.: *Melanconia e Mania* (1960), tr. it. Boringhieri, Torino, 1971

Blankenburg W.: *La perdita della evidenza naturale* (1971), tr. it. Cortina, Milano, 1998

Gadamer H.G.: *Verità e metodo* (1986-1993), tr. it. Bompiani, Milano, 1996

Hempel C.: *Fundamental in Taxonomy*, in *Aspects of Scientific Explanation and Others Essays in Philosophy of Sciences*. Free Press, New York, 1965

Hochmann J.: *Psichiatria e Comunità. Tesi per una psichiatria degli insiemi* (1971), tr. it. Laterza, Bari, 1973

Huber G.: *Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen*. NERVENARZT, 1983, 54: 23-32

Husserl E.: *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica* (1936), tr. it. Einaudi, Torino, 1965

Janzarik W.: *Die Krise der Psychopathologie*. NERVENARZT, 1976, 47: 73-80

Jaspers K.: *Psicopatologia Generale* (1913, 1956), tr. it. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1965

Klosterkoetter J.: *Basissymptome und Endphaenomene der Schizophrenie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1988

Koehler K.: *First Rank Symptoms of Schizophrenia: Questions Concerning Clinical Boundaries*. BR. J. PSYCHIAT., 1979, 134: 236-248

Schneider K.: *Psicopatologia clinica* (1950), tr. it., 4ª ed. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2004

Stanghellini G., Ballerini A.: *Ossessione e rivelazione*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992

Strauss J.S.: *Subjective Experiences of Schizophrenia: Toward a New Dynamic Psychiatry - II*. SCHIZOPHRENIA BULL., 1989, 15, 2: 179-187

Prof. Arnaldo Ballerini
Via Venezia, 14
I-50121 Firenze

# LA DIMENSIONE AMBIGUA DELL'INCONTRO CON LO PSICOTICO

B. CALLIERI

La "presenza", cioè l'*esser-ci-con* si può ostendere, come accade nello psicotico, alla stregua di un modo profondamente difettivo del co-esistere-con l'altro, un modo che viene a precludere l'*incontro*, costitutivo dell'intersoggettività, l'incontro che, pienamente presente nell'amore-odio e nell'amicizia-aggressività, qui può velarsi ma giammai scomparire del tutto nelle mille forme delle urgenze pragmatiche e delle declinazioni dei ruoli.

Certamente lo psicotico – lo schizoide, il sensitivo – con il suo dire, ci comunica la sua situazione; certamente anche per lui «il linguaggio è la dimora dell'essere» (Heidegger) ma non è più domanda e risposta, non è dialogo, non è "colloquio" ma *monologo*. In un tale tipo difettivo di co-presenza manca, o è molto carente, l'apertura al *mondo umano comune* e l'incontro sembra divenire praticamente irrealizzabile o, comunque, destinato allo scacco o all'aborto (difficile, anche per ciò, la psicoterapia con gli psicotici).

In verità, in certe situazioni psicotiche l'*alter* ci si offre come alcunché di estraneo, come *alienus*, cioè come uno che si muove secondo parametri paralogici, qualitativamente differenti, che sovvertono le "nostre" prospettive mondane e che ci obbligano al confronto con categorie ben lontane da quelle cui siamo abituati: è lo scuotersi delle fondamenta (il tillichiano *shaking of the foundations*) che, sconvolte o minacciate dall'*invasione del significato,* ci fanno restare interdetti.

Nel fatto del "restare interdetto" c'è l'esser-preso (*sorpreso*) da, c'è il sentimento di una contemplazione obbligata, subìta, impotente, c'è la

sensazione dell'imprevedibile (la sospensione della donazione di senso). L'incontro con l'*alienus* si modula sempre secondo questa esperienza vissuta del "restare interdetto", vissuta più o meno intensamente. Si verifica, insomma, una specie di *collisione di categorie*, con uno scatenamento improvviso di processi psichici di difesa; ciò si manifesta costantemente presso ognuno né vi sfugge lo stesso psichiatra, per quanto esperto e allenato. Certo, è proprio lo psichiatra a trovarsi continuamente confrontato con delle categorie mentali oscillanti ben lontane dalla norma, con gli orizzonti dell'assurdo, dell'inverosimile, dell'illusione, con le esperienze dell'irreale divenuto realtà nelle allucinazioni (voci), con le spirali dell'ossessione, con le nebbie oniroidi della confusione. L'imbattersi continuamente in queste esperienze rende necessario, per lo psichiatra, un certo atteggiamento obiettivante, atteggiamento indispensabile, per lo meno in un primo tempo, per difendersi dall'irruzione dell'"irrazionale" e contenere le proprie angosce reattive. Se però questo atteggiamento di neutralità restasse come unica modalità d'esperienza, esso renderebbe impossibile ogni tentativo di dialogo col paziente e ostacolerebbe seriamente ogni tentativo di recupero dell'*alter* nascosto nell'*alienus* o da esso sommerso: che questo, il recupero dell'*alter*, è lo scopo terapeutico proprio dello psichiatra, specifico delle sue capacità professionali e umane. Ritrovare, rimettere in moto dunque, nell'altro *alieno*, le sue possibilità umane autentiche, anche con l'aiuto farmacologico. Un tale saper accettare l'altro come uomo, sotto qualunque forma egli si presenti, costituisce la condizione preliminare per un incontro reale sul piano psichiatrico. Anche l'alienazione più radicale, la menomazione psichica più eclatante, racchiudono in sé l'*alter*, il "compagno" (*fellow-man*), la persona umana.

Ma nella situazione terapeutica non si può comunque realizzare un rapporto d'amore o di amicizia perché questo presuppone sempre una certa complementarietà e comunanza di vita o reciprocità di esperienza. La necessità di un simile incontro, antropologicamente valido, non ci dispensa dal chiederci che cosa spinga l'uomo-psichiatra ad accostarsi all'alienato fino a tendere alla realizzazione di un incontro. Forse è nella sua dialettica con l'irrazionale, nel confronto con le situazioni angoscianti degli altri, che egli affronta la problematica della propria angoscia. Questo equilibrio precario e delicato, sul filo del rasoio, col continuo rischio di esser infranto, porta lo psichiatra ad una posizione essenzialmente ambigua: le sue possibilità di essere-con-qualcuno-nel-mondo, pur accrescendosi, si problematizzano, e c'è il rischio dell'invasione, dell'insensatezza, della regressione.

Non va qui dimenticato che, diversamente da ogni altra esperienza del medico, *è sul piano verbale che si realizza nella sua piena autenti-*

*cità l'incontro dello psichiatra col mondo dello psicotico o del parapsicotico*: il logos come strumento essenziale dello psichiatra, come matrice della sua creatività terapeutica. La consapevolezza sempre accresciutasi di ciò giustifica l'approccio di studio dei problemi del linguaggio, studio inteso come analisi della comunicazione di significati, anche paradossali, come analisi della semantica linguistica: «il linguaggio è la dimora dell'essere. Al suo riparo abita l'uomo»; il linguaggio è costitutivo dell'umanità dell'uomo, il linguaggio comune, con le sue metafore e similitudini (figlie predilette della *Daseinsanalyse*, come dice Binswanger). Lo studio del linguaggio dello psicotico, ambivalente, ambiguo, ellittico, ha sempre costituito capitolo di grande interesse per la psicopatologia. Di fronte ai complessi disturbi della comunicazione verbale propri dell'"alienato", lo psichiatra deve riuscire ugualmente a cogliere gli aspetti essenziali della produzione verbale dei pazienti, e ciò sia per la sua formazione accademica sia (e soprattutto) per il suo atteggiamento interiore. Bisogna inoltre tener conto dell'*intenzionalità*, base di ogni incontro, che tanto più è autentica quanto più corrisponde a una "buona volontà", verace ed effettiva, di ascoltare l'altro.

Lo psichiatra, pur mantenendo sempre questa particolare "qualità di presenza", può utilizzare in due modi differenti le informazioni ricevute dal paziente: 1) può servirsene in senso semiogenetico, e in questo caso si deve parlare di una vera *strumentalizzazione del linguaggio dei pazienti*; 2) oppure può rilevare i messaggi in uno scopo principalmente terapeutico, e in tal caso si può parlare di una *strumentalizzazione del linguaggio proprio*. In ogni caso, le due eventualità permettono allo psichiatra di servirsi del *disturbo stesso* della comunicazione (là dove, ad esempio, alle parole si sostituiscono le mezze parole allusive, alle frasi il gergo, al linguaggio il gesto o il silenzio) per giungere a un certo risultato. Basti pensare a qual punto sia importante cogliere esattamente i vari processi di *ridondanza* e di *abbreviazione*, di ellissi, di metafora che possono inerire al contesto di una comunicazione "schizofrenica", conferendole enigmaticità o rivestendola di arabeschi verbali senza fine e senza scopo pragmatico. Qui, forse, si potrebbe dire che lo spostamento di piani comporta uno spostamento di interrogazione. L'approccio linguistico (ce lo ha ben insegnato P. Ricœur: "metafora viva") si è efficacemente impegnato a sciogliere il nodo dell'ambiguità di senso presente nel discorso mediante il meccanismo della *polisemia* e dell'*isotopia*.

È pur vero che, accanto ai linguaggi di *statement*, di descrizione e di ordinamento, esistono altri linguaggi (poetici, religiosi, simbolici e –

dico io – *psicotici*) che sono linguaggi di metafora e di metamorfosi della realtà, linguaggi che non avrebbero valore di *referenza alla realtà*.

È possibile superare la lettura retorica della *metafora* e giungere ad una lettura che la consideri come strategia linguistica capace di dar conto della creazione di un *nuovo* significato? Ricœur ci ha mostrato che i linguaggi metaforici non sono carenti di vero rapporto con la realtà, anzi sono linguaggi portatori di una sovrabbondanza di senso.

È allora perentorio qui (nell'antropologia dell'incontro) domandarsi se il linguaggio metaforico dello schizofrenico si limiti a rifiutare la realtà come è (Winkler), a ritirarsi in sé (*anacoresi*) a cancellare il mondo come complesso di oggetti disponibili e manipolabili, oppure possa *aprire nuove dimensioni* della realtà. Si sarebbe tentati di mostrare la legittimità di tali linguaggi: ciò vorrebbe dire aprire al linguaggio umano altre vie che non quelle della dominazione, intendo dominazione delle cose, dei segni ridotti alla loro funzione strumentale. Invero, nell'esperienza della metafora (così intesa) non sono più io a dominare l'universo dei segni ma è la parola che, apragmaticamente, mi reclama e mi interpella.

Qui è possibile superare davvero il concetto di *dissociazione ideo-verbale*. Lontani dal concetto di dissociazione, la possibilità di decodificare in modo adeguato i messaggi degli psicotici (più si lascia parlare lo psicotico, meno si parla di psicosi) non è davvero priva di importanza: a parte l'efficacia del *feed-back* di ritorno, con il richiamo (sia pure parziale) a una realtà duale e dialogica, tale decodificazione *può* aumentare l'autocoscienza dell'altro.

A parte lo studio della vasta gamma dei *linguaggi psicotici* (dalla follia discordante verbale di Chaslin alla glossolalia, dalle litanie declamatorie ai paralogismi, dalle schizofasie alle glossomanie e ai neologismi, alle iterazioni ticcose tipo Gilles de la Tourette), in queste modalità psicotiche di esistenza mi preme rilevare il fatto (fondamentale) che qui la parola non è soltanto il momento rivelatore (a-leteico) del pensiero alterato ma è *essa stessa* a interpellarmi, anche se il Logos pragmatico e semantico di cui essa è portatrice fa qui difetto. Più possibile (entro certi limiti) la relazione non-verbale; invero la mimica o il gesto hanno un valore comunicativo propriamente e irriducibilmente umano e, in certe modalità dell'esserci, come in quelle convenzionalmente dette schizofreniche, possono assumere il senso (anche ambiguo) di una comunicazione specifica: per esempio il significato di *manierismi*.

Qui diviene particolarmente difficile trasferire sul piano verbale la sostanza di un incontro non-verbale. In tal senso appaiono pienamente pertinenti le osservazioni di von Baeyer sull'assenza di bipolarità

nell'incontro con lo psicotico, eclissi di ogni possibilità dialogica: si pensi, ad esempio, al riso immotivato e del tutto avulso dal contesto, proprio di certi ebefrenici, allo scoppio di risa del lisergizzato, all'intoppo mutacico del catatonico, al mormorio incoerente del confuso. Accanto a ciò, esistono anche espressioni che, pur provenendo da un mondo alienato, offrono ancora una certa espressività: lo *sguardo* del paranoide, ad esempio, ci offre un'apertura singolarmente feconda per la "comprensione" del suo mondo interiore: la sua sospettosità, il suo guardarsi intorno o guardar di traverso, l'evasività, costituiscono altrettanti indizi del suo non-volersi-confrontare con la presenza dello psichiatra: qui forse, sartrianamente, «*l'autre, c'est l'enfer*».

A ciò si aggiunga un'altra qualità importante dello sguardo paranoide: lo sguardo, dico, come espressione della "coscienza di significato" assume una pregnanza del tutto particolare di fronte ad un mondo divenuto ostile, minaccioso, persecutore, enigmatico. Per questa ragione *guardare* o *esser guardato* giungono a costituirsi in unità, al centro di un modo di esistere in cui l'incontro si dà solo con l'impersonale, il "si" **(**si dice, mi fanno, si fa, si pensa…): non per nulla la psichiatria antropologica della scuola di Zutt ha trovato uno dei momenti fondamentali della sua articolazione nello sguardo (ma anche nell'*afferrare*: per esempio *le mani*). Non si sa mai se questo sguardo psicotico personalizzi un oggetto o piuttosto oggettualizzi una persona. Quel che è certo è che l'incontro con l'altro tende a depersonalizzarsi, a cadere nell'anonimato (*on*, *man*, si). E l'anonimo conduce a una perdita, sempre grave, dell'individualità, della storicità, nel senso di un passato vissuto in comune. Il *noi*, la *Wirheit*, è sostituito dal delirio di riferimento, compensazione di una solitudine insopportabile. *Il mondo paranoide può esser veramente paradigmatico della destrutturazione dell'incontro*; anche lo psichiatra ne è coinvolto e diviene anche esso, come ogni altro persecutore, "funzionario della collettività", controllore della coscienza, a meno che non riesca a partecipare (entro limiti però invalicabili), a *mit-einfühlen*, a consentire (*cum-sentire*).

L'incontro, comunque, per esser tale deve svolgersi fra esseri liberi, cioè senza coercizioni né riserve.

È proprio questo consenso verso l'altro, questa scienza radicale di coercizione che ci permette anche un altro tipo di incontro, altrimenti impossibile: il *silenzio.* Questo viene inteso spesso soltanto nel suo aspetto negativo, cioè d'isolamento verbale, di non-partecipazione al dialogo: si può effettivamente parlare di *silenzio d'opposizione*, di *negativismo*. Tuttavia possiamo (e dobbiamo) pur chiederci se ogni *negativismo verbale*, ogni mutacismo, corrisponda meramente a un tale silenzio d'opposizione o non nasconda piuttosto una qualità particolare

d'invito all'*incontro*: riempire col silenzio i vuoti di un dialogo "verbale", che rischia a ogni momento di smarrirsi nell'incomprensione.

Ma il *silenzio* può uscire dal circolo del meccanismo di difesa e costituire un fenomeno essenzialmente *costruttivo*. In tal caso non di isolamento si deve parlare, ma di *solitudine verbale,* momento fecondo d'intimità e capace di agire empaticamente, fino a pervenire a quelle situazioni in cui alla "comunicazione" subentra la "comunione" (Nacht, p. 196).

Possiamo ben chiederci se l'incontro con lo psicotico non sia ancora possibile a questo livello. È più un'esperienza al limite (a me qualche rarissima volta è capitata, per lo meno *credo* mi sia capitata) che non altro: una tale coesistenza appartiene, invero, al mondo dell'*alterità* (per dirla con Cargnello) e non si addice a quello dell'alienazione. Una "comunione" nel silenzio presuppone infatti la capacità di una identificazione reciproca e di un'interpretazione senza riserve (cfr. *La réciprocité des consciences,* di Nédoncelle), mentre invece nella comprensione dello psichiatra, anche nella più aperta, è implicito sempre uno scarto di livello, che potrà essere ridotto al minimo, ma mai completamente soppresso, anche se certe tematiche psicotiche possono suscitare spesso delle risonanze inquietanti, rivelatrici di quella parte d'irrazionale, d'inatteso, di *sur-prise,* che, più o meno estesamente, esiste in ogni essere umano.

Anche quando lo psichiatra è impegnato nel tentativo psicoterapico di sviluppare una tematica delirante nell'ambito della comprensibilità, siamo sicuri che si produca veramente in questo caso una coincidenza d'informazione, anche soltanto su un piano empatico, fra determinate esperienze psicotiche (per es. quella di "fine del mondo") e i riferimenti categoriali, da parte dello psichiatra, a tematiche analoghe nel campo della mitologia, della storia e della religione? In altri termini, rimane sempre un dubbio sulla possibilità d'una vera e propria comprensione di tali esperienze deliranti: c'è sempre, piaccia o no, un *gap* tra la partecipazione dello psichiatra, intenzionale, voluta, frutto di affinamento culturale, e l'esperienza del paziente, immediata, sconvolgente, singolarissima.

E qui, in questa limitazione rigorosa dell'incontro che ci si può render conto dell'ambiguità fondamentale dello psichiatra (Cargnello, pp. 3, 17-361) il quale come *medico* tende ad obiettivare il paziente inquadrandolo nelle dimensioni dell'*alienazione,* e come *uomo* tende a ricercare l'aspetto dell'*alterità*, in una oscillazione perpetua e in una irrisolubile ambivalenza, che mostra come sia difficile e forse mistificatorio uscire radicalmente dall'equivoco.

Comunque resta il fatto inoppugnabile che oggi si tende sempre più a sottolineare, accanto alla necessità dell'educazione e della formazione propriamente medica-tecnica dello psichiatra (alla ricerca della sua identità), l'*importanza di certe caratteristiche eminentemente umane* (appunto qui è la "svolta antropologica", la *Wendung* di cui parla Binswanger), come la capacità di darsi, la disponibilità, il bisogno autentico di comprendere e di amare il paziente ("*Heilung aus der Begegnung*", di H. Trub, cioè la "guarigione per mezzo dell'incontro"): un atteggiamento di tolleranza e di accettazione dell'"anormale" nell'altro e di riconoscimento in esso della qualità di presenza (Callieri, 1967).

Sapersi mantenere *con* l'altro e non meramente *di fronte* all'altro, anche se psicotico, significa cercare di scorgere l'uomo (cioè un "ordine") anche là dove – con altra impostazione – si scorgerebbe nulla più che un disturbo mentale, cioè un "disordine". È, forse, questa della dimensione interpersonale, la vera "rivoluzione copernicana" dell'attuale psichiatria.

Rivoluzione, peraltro, molto difficile in non pochi casi. Si pensi, ad esempio, al *delirante lucido*, a certi *borderline*, ai deliroidi di colpa e di rovina, agli sviluppi di gelosia, ai cosiddetti schizoaffettivi, con i quali è ben scarsa la possibilità di poter evocare o meno una comunanza di istanze oggettuali.

Poiché il *delirante lucido* si muove ancora ampiamente nel mondo della prassi, il delineamento di una *Gestalt* unitaria e inconfondibile di incontro, cioè di una tipizzazione univocamente determinata, è pressoché impossibile. Come è noto, la situazione del *delirante lucido* colpisce, lede l'universo dei significati logico-categoriali e di quelli di importanza general-umana (Mannheim direbbe che è in gioco non un aspetto parziale di ideologia ma l'aspetto totale di essa). Mentre l'incontro implica sempre, perché possa costituirsi, il superamento di un soggettivismo e di un oggettivismo estremi, qui, nel caso di un *delirante lucido*, il tentativo nostro di andare verso il suo mondo, di coesistere in qualche modo con la sua esperienza vissuta, urta contro difficoltà insormontabili: prima fra tutte quella di ripercorrere, proprio geneticamente e in co-esistenza, i momenti costituenti del suo mondo delirante.

Mentre nello schizofrenico è paradigmatica l'incapacità di manipolare la realtà spaziale, nel *delirante lucido* la spazializzazione è estremamente orientata, anzi polarizzata. A tal punto la polarizzazione della spazialità vissuta assorbe l'esperire del delirante da renderne impossibile il costituirsi su altri parametri spaziali: basti pensare all'esperienza di *stato d'assedio*, al timore di quel che è celato dietro

l'angolo della strada o in un qualunque luogo pubblico. In questo *mondo* così rigidamente mono-orientato nulla è lasciato allo *spontaneo*, all'imprevedibile, al caso. Ecco qui l'impossibilità dell'*incontro* o, quanto meno, la sua estrema difficoltà: un tal movimento di installazione di una distanza metrica ben obiettivabile frappone fra sé e gli altri una distanza non colmabile, distanza che, lungi dal creare una spazialità di autentica salvazione, costituisce un radicale affossamento di ogni tentativo di ulteriorizzazione.

In altri termini, l'altro viene allontanato (si dice "per difesa") in una distanza incolmabile, dalla quale però esso si ripropone costantemente e massicciamente come realtà ostacolante, in quanto non può esser ripreso nella sua dialogica interlocutorietà.

Infatti ogni volta che si cerca di recuperarne la presenza, si viene a intrudere nel mondo vissuto del paziente, che si sottrae a ogni configurazione come *socio*. È proprio attraverso l'analisi delle modalità d'incontro col mondo vissuto (*Lebenswelt*) del delirante che si può comprendere, *in piena umiltà*, la più intima ragione della sua impossibilità di uscire dall'isolamento.

Dopo quanto siamo venuti dicendo, appare utile concludere ricordando ancora una volta che gli scopi dell'analisi fenomenologica dello psicotico, presupposto per ogni incontro o tentativo di incontro con esso, consistono anzitutto nel rendere possibile, entro certi limiti, un recupero personologico, e poi, attraverso la riconsiderazione del fenomeno come espressione dell'umano, pervenire a cogliere, senza reificazioni, la freschezza e il significato della realtà viva e personale del singolo.

## BIBLIOGRAFIA *di riferimento*


Ales Bello A.*: Fenomenonologia dell'essere umano*. Città Nuova, Roma, 1992

… : *Edith Stein. La passione della verità*. , Ed. Messaggero, Padova, 1998

Baeyer W.V.: *Zur Psychopathologie der Begegnung*. NERVENARZT, 1955, 26, 369

Benda C.E.: *The image of love. Modern trends in psychiatric thinking*. Glencoe Free Press, New York, 1961

Bazzi T., Fizzotti E.: *Guida alla logoterapia; per una psicoterapia riumanizzata*. Città Nuova, Roma, 1996

Binswanger L.: *Per un'antropologia fenomenologica*. Feltrinelli, Milano, 1970

Blankenburg W.: *Zur Psychopathologie des Autismus*. FUNDAMENTA PSYCHIATRICA, 1987, 1: 19-85

Böckenhoff J.: *Die Begegnungsphilosophie*. Alberg, Freiburg, 1970

Boss M.: *Psychoanalyse und Daseinsanalytik*. Bern, Huber, 1957; 2a ed., Kindler, München, 1980

Buber M.: *Il problema dell'uomo*. Bologna, Patron, 1972

… : *Io e Tu*, in *Il principio dialogico*, pp. 59-157. Ed. San Paolo, Cinisello Balsamo, 1993

… : *Incontro. Frammenti autobiografici*, a cura di D. Bidussi. Città Nuova, Roma, 1993

Callieri B.: *Presupposti fenomenologico-esistenziali per una psichiatria interpersonale*. RIV. SPERIM. FRENIAT., 1963, 87, 639

… : *Antropologia e Psichiatria: dall'oggettività del "caso" all'esperienza di rapporto e di incontro con la persona*. MEDICINA E MORALE, 1983, 33, 180

… : *Spiritualità e psicologia: dall'accidia di Evagrio Pontico all'anedonia depressiva e borderline*. ATTUALITÀ IN PSICOL., 1996, 11, 4: 509-517

… : *Aspetti antropologici dell'incontro: il noi tra psicanalisi e metafisica*. ARCH. PSICOL. NEUR. PSICH., 1996, 57: 477-485

Cargnello D.: *Alterità e alienità*, 2ª ed. Milano, Feltrinelli, 1977

Cigoli V.: *Intrecci familiari*. Cortina, Milano, 1998

Fizzotti E. (a cura di): *In principio è la relazione. Viktor Frankl: quale eredità*. Conv. Univ. Salesiana, Roma, 12 dic. 1998 (in stampa)

Frankl V.E.: *Un significato per l'esistenza. Psicoterapia e Umanismo*. 2ª ed. Città Nuova, Roma, 1990

Fromm E.: *The art of loving: an inquiry into the nature of love*. New York, Harper, 1962

Gerl A.B.: *Edith Stein. Vita, filosofia, mistica*. Brescia, Morcelliana, 1998

Giese H., Gebsattel V. von: *Psychopathologie der Sexualität*. Enke, Stuttgart, 1949

Gill M.: *Analysis of Transference*, I. Internat. Univ. Press, New York, 1985

Harper R.: *Nostalgia*. Cleveland, 1975. Tr. it. di B. Callieri e P. Weston: *Nostalgia*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1976

Heidegger M.: *Einführung in die Metaphysik*, 2a ed. Tübingen, 1958

Herzog M.: *Weltentwürfe. Ludwig Binswangers phänomenologische Psychologie*. W. de Gruyter, Berlin, 1994

Jerphagnon L.: *Maurice Nédoncelle*, in *Universalia*. Enc. Universalis, Paris, 1977

Lain Entralgo P.: *Teor'a y realidad del otro. Montalvo*. Madrid, 1961

Lavelle L.: *Conduite à l'égard d'autrui*. A. Michel, Paris, 1957

Löwith K.: *Das Individuum in der Rolle des Mitmenschen*. Leipzig, 1928

Mancini A.: *Un dì si venne a me malinconia....* F. Angeli, Milano, 1998

Marcel G.: *Homo Viator*. Aubier, Paris, 1937

Masullo A.: *"Io": il fantasma dell'identità*. QUADERNI SARDI FILOS. LETT. SCIENZE UMANE, 1995, 2-3

Masullo P.: *Patosofia. L'antropologia relazionale di V.von Weizsäcker*. Guerini, Milano, 1992

Milan G.: *Educare all'incontro. La pedagogia di Martin Buber*. Città Nuova, Roma, 1994

Modell A.H.: *Psicoanalisi in un nuovo contesto* (1984). Cortina, Milano, 1992
Moscovici S. (ed): *Psychologie sociale des rélations à autrui*. Nathan, Paris, 1994. Tr. it.: *La relazione con l'altro*. Cortina, Milano, 1997
Nédoncelle M.: *La réciprocité des consciences. Essai sur la nature de la personne*. Thèse de Sorbonne, Paris, 1942
Ondarza Linares J.: *Psicoterapie di gruppo*, in Pancheri P., Cassano G.B. (a cura di): *Trattato Italiano di Psichiatria*, pp. 3589-3618, 2a ed. Masson, Milano, 1999
Pezzella A.M.: *Edith Stein fenomenologa*. Pont. Univ. Sales., Roma, 1995
Ranly E.W.: Scheler's Phenomenology of Community. L'Aja, Nijhoff, 1966
Scheler M.: *Essenza e forme della simpatia* (1ª ed. 1913, 6ª ed. 1973), trad. di Pusci. Città Nuova, Roma, 1979
Scheler M.: *Sociologia del sapere* (1924), trad. di D. Antiseri. Abete, Roma, 1966
Schottländer F.: *Kontakt und Uebertragung*, in *Almanach 1958*. Klett, Stuttgart, 1958
Stein E.: *Introduzione alla filosofia* (1991), con *Prefazione* di A. Ales Bello. Roma, Città Nuova, 1998
Theunissen M.: *Der Andere. Studien zur Sozialontologie der Gegenwart*. Berlin, 1965
Trüb H.: *Heilung aus der Begegnung*, pref. di M. Buber. Stuttgart, 1949
Uslar D. von: *Vom Wesen der Begegnung*. ZTSCHR. F. PHIL. FORSCHUNG, 1959, 13, 8
Waldenfels B.: *Das Zwischenreich des Dialogs*. Nijhoff, L'Aja, 1971
Weizsäcker V.von, Wyss D.: *Zwischen Medizin und Philosophie*. Goettingen, 1957
Wiplinger F.*: Dialogischer* Logos. Gedanken zur Struktur der Gegenüber. PHILOS. JAHRBUCH, 1962, 70: 169-190
Wyss D.: *Storia della psicologia del profondo* (1977). Città Nuova, Roma, 1979
Zutt J.: *Neue Wege zur Anthropologie*. Springer, Berlin, 1961

Prof. Bruno Callieri
Via Nizza, 59
I-00198 Roma

# EPOCHÈ, PRASSI MIMETICA E NEURONI SPECCHIO

L. CALVI

Pochi mesi fa ho ricevuto una tesi di laurea in psicologia dedicata ai rapporti tra una droga molto diffusa e l'empatia. La droga in questione è l'ecstasy, che appartiene al gruppo delle anfetamine. Sintetizzata nel 1912 in Germania, l'ecstasy è dimenticata fino agli anni '50, quando è nuovamente sintetizzata negli Stati Uniti e comincia ad essere utilizzata in una cerchia molto ristretta, naturalmente in California, tra persone interessate a studiare le modificazioni degli stati di coscienza. Tra costoro anche alcuni psicoterapeuti, che, tra il 1980 e il 1983, conducono la loro osservazione su un certo numero di pazienti, giudicando positivi i loro risultati, a segno di pubblicarli. La pubblicazione avrebbe avuto lo scopo d'impedire che la droga in questione venisse messa al bando, segnalando la sua utilità. Nel frattempo però l'ecstasy diventa un consumo di massa, diffondendosi soprattutto nelle discoteche, cosicché il governo statunitense nel 1986 ne decreta la proibizione, perché l'uso incontrollato ne mette in evidenza gli effetti negativi. Ne consegue che, se anche alcuni psicoterapeuti continuano ad usarla, qualunque risultato se ne abbia non viene più a galla. Le osservazioni già ricordate rimangono documenti isolati e neppure di valore sufficiente sul piano scientifico in quanto condotte senza le precauzioni di metodo, che si richiedono perché qualsiasi ricerca farmacologica si possa ritenere valida.

Dalla tesi, che ho letto e donde attingo queste notizie, non risultano pubblicate neppure osservazioni non-scientifiche bensì fenomenologiche, fondate cioè su un'osservazione dei vissuti degli osservati e degli osservatori tale da poter segnalare i vissuti stessi come indicativi d'una

norma, vale a dire d'una forma costitutiva d'un mondo. Dobbiamo stare, dunque, a quanto per il passato è stato affermato empiricamente.

Quando l'ecstasy circolava ancora liberamente, le "istruzioni per l'uso" la presentavano così: «È uno strumento per arrivare agli altri, per toccarli nell'anima e nello spirito. Se viene usata in modo responsabile si possono creare forti legami di unione e di amore». In termini meno suggestivi: l'ecstasy avrebbe la capacità di generare empatia ed avrebbe per giunta un effetto detto entactogeno, consistente nel mettere il soggetto nelle condizioni di stabilire un contatto con zone inesplorate di sé.

Il nostro laureando affronta il tema coraggiosamente, scegliendo di calarsi di persona nella realtà dell'esistenza tossicomane e lo fa nel modo più concreto, recandosi a frequentare il centro per tossicodipendenti diretto da Gilberto Di Petta, il quale sta praticando da alcuni anni una sua personale versione di "psicoterapia fenomenologica", che sta richiamando sempre più attenzione (cfr. Di Petta). Il nostro laureando ha l'intento dichiarato di dimostrare che l'empatia indotta dall'ecstasy è tutt'altra cosa dell'empatia descritta dai filosofi e praticata dagli psicoterapeuti. Così esordisce e così conclude, affermando d'aver verificato quel che si prefiggeva, ma sinceramente non si può dire d'essere d'accordo con lui. Gli sono comunque molto grato, perché le sue pagine mi hanno suggerito molte riflessioni.

Dopo aver detto che la nostra tesi non documenta l'asserita differenza tra l'empatia e l'"empatia anfetaminica", bisogna dire che da essa non si ricava neppure la conclusione opposta. Semplicemente, non se ne ricava alcuna conclusione. Per arrivare a tanto sarebbe necessario seguire un metodo preciso: il metodo scientifico oppure il metodo fenomenologico. Come tutti sanno, il metodo scientifico vorrebbe un numero di pazienti sufficiente a ricavarne dati statisticamente significativi. Vorrebbe inoltre un gruppo di controllo altrettanto numeroso. Vorrebbe poi altre precauzioni, che non sto a ripetere. Tanto basti per capire quanto sia difficile, praticamente impossibile, organizzare una ricerca di questo tipo, se non altro perché avrebbe per oggetto una sostanza vietata dalla legge e quindi bisognerebbe affrontare un *iter* burocratico sicuramente scoraggiante.

Le caratteristiche del metodo fenomenologico sono molto diverse, a cominciare dal fatto che il problema in questione può emergere e svilupparsi anche in modo molto approfondito nell'ambito dell'osservazione anche d'un solo paziente e può raggiungere la cosiddetta scientificità fenomenologica solamente quando la relazione del caso guadagni consenso.

A questo punto apro una parentesi importante. Udendo l'espressione: "relazione del caso", vien fatto di pensare che si tratti sempre

necessariamente d'una esposizione destinata alla lettura e/o all'ascolto e che si attenda il consenso d'un pubblico. Ma non è necessariamente così. Il consenso è acquistato in primo luogo dalla coscienza paziente del clinico fenomenologicamente orientato, si estende a volte al caso in esame ed allora si può contare spesso su una ricaduta terapeutica, fondata sulla costituzione d'una intersoggettività duale. Recentemente io ho avanzato l'ipotesi che possa costituirsi, sempre nell'ambito dell'impostazione fenomenologica, un'intersoggettività triadica, dove il terzo soggetto può essere un infermiere o un parente del malato o altri.

Un'intersoggettività ancor più numerosa, e cioè gruppale, potrebbe costituirsi, secondo l'esperienza di Di Petta (che è anche un vero e proprio esperimento sul campo), quando i partecipanti vengano coinvolti in un intenso interagire fatto di parole, di silenzi e di gesti, dove l'empatia sarebbe palpabile.

Non manca quasi mai, di fronte a questo modo di vedere le cose, l'accusa di soggettivismo. Quest'accusa, o obiezione che sia, un grande psichiatra come Barison la definisce *naîve*. E argomenta così: «Quella parte della psichiatria, che molti credono costituire tutta la psichiatria, quella che si svolge sul piano scientifico-causalistico, è ovviamente immune da ogni accusa di soggettivismo, ma la psichiatria è anche e soprattutto ermeneutica: si svolge sul piano dei significati, del comprendere, dell'interpretare […]. La verità ermeneutica non è, ovviamente, confutabile, come non è dimostrabile con sillogismi […]».

Ma in che modo l'ermeneutica potrebbe essere la risposta all'obiezione di soggettivismo? In quanto l'ermeneutica non è interpretazione a casaccio, avventata, sbadata e irrevocabile. Essa risponde a precise leggi di necessità «ed è caratterizzata – cito ancora Barison dalla stessa pagina – dall'implicare un cambiamento sia dell'interprete che dell'interpretato» in quanto che, aggiungo io, li unisce nella comprensione, essendo all'opera un meccanismo di rispecchiamento reciproco e quindi di mìmesi.

Partiamo da questo asserito cambiamento per concentrare la nostra attenzione su questo specifico oggetto: la coppia curante-paziente. Lasciamoci illudere che sia possibile avere quello che si dice avesse il critico d'arte Walter Vitzhum: «il dono raro di guardare un'opera d'arte come se fosse lui il primo a vederla, a occhi ben aperti» (Gonzàles-Palacios). Il paragone con l'opera d'arte e con lo sguardo del critico ci deve accompagnare continuamente, nella nostra esplorazione. È questa una situazione dove la primarietà dello sguardo è lapalissiana. Ed altrettanto lapalissiana è la tesi che nello sguardo del critico si uniscano visione sensoriale e visione sovrasensoriale, attività ottica e visione eidetica.

Quanto al "dono raro" di guardare come se fosse la prima volta, dobbiamo aver fiducia che non sia poi tanto raro, giacché ciascuno di noi è in grado di richiamarne almeno un esempio personale alla memoria. Basti pensare al fatto che le occasioni perché ciò accada sono innumerevoli anche se, naturalmente, non tutte le occasioni vengono colte. C'è l'incontro con l'opera d'arte, e non soltanto del critico, ma del semplice fruitore. C'è l'incontro con l'amore della vita. C'è l'incontro dell'appassionato di fiori con il fiore rarissimo nascosto nel bosco. C'è l'incontro docente-discente. Ci sono tanti altri incontri possibili. E c'è l'incontro curante-paziente, su cui ci fermeremo.

Quando uno di noi fa l'esperienza dell'incontro, se fa un passo indietro si accorge di avere messo in ombra una quantità di cose e di altrettante cose s'accorge di averle lasciate in ombra. Tutto questo lasciare in ombra e mettere in ombra è il lavoro dell'epochè. Parte di questo lavoro abbiamo l'impressione di poterlo ricondurre alla nostra volontà e parte invece no. Per rendersi conto di questo bisogna, almeno per qualche momento, mettersi – come dice Proust (p. 704) – dal lato di «coloro che della vita interiore hanno fatto il loro ambiente». Possiamo essere tutti – è ancora Proust che parla – come «l'uomo che sa farsi specchio e riflettere così la propria vita» (*ibid.*).

L'epochè è un dispositivo trascendentale che s'aggiunge al dispositivo psicologico della percezione, che s'aggiunge a sua volta al dispositivo fisiologico della sensazione. L'incontro si colloca quindi al vertice d'una piramide, la cui base è costituita dal mondo fisico e dalla sua irraggiungibile numerosità e la parte mediana è costituita dal mondo della vita quotidiana, dove gli eventi possono essere numerosi, ma comunque più o meno enumerabili e, inoltre, largamente prevedibili.

Al vertice della piramide si vive la *Lebenswelt* husserliana: il mondo della vita. L'epochè, che ce lo schiude, è il gesto culminante d'un processo, in gran parte inconsapevole, di selezione e di assimilazione, che si svolge continuamente nei nostri neuroni e di cui tutte le culture raccontano la proiezione mitica come uscita del cosmo dal caos.

Non c'è alcuno che non sappia, per esperienza personale, che al vertice si respira un'aria speciale: è l'atmosfera dell'empatia, motivo per cui sorge spontanea la domanda, già di per sé assertiva: ma allora è l'epochè che introduce l'empatia? Cui risponde un'altra domanda: non è piuttosto l'empatia che permette il gesto dell'epochè? Sono domande che scaturiscono non dalla cosa in sé bensì dalla struttura lineare del linguaggio alla quale dobbiamo obbedire e che si svolge secondo la cronologia del prima e del dopo. Ma questa non è la cronologia del tempo vissuto, che conosce soltanto l'onnitemporalità. Tanto meno è da prendere in considerazione un rapporto causa-effetto, perché epochè ed

empatia non sono elementi omogenei, che la logica corrente possa indicare come consequenziali l'uno dell'altro.

Ho dato una mia definizione dell'epochè. Ora dovrei darne una dell'empatia ed invece, con lo spirito che fa invitare gli amici ad un simposio, cedo la parola a Mario Rossi Monti (p. 141), il quale si esprime così a proposito d'un libro di Arnaldo Ballerini sull'autismo schizofrenico: «Il mondo dell'autismo è sostanzialmente un mondo caratterizzato da un disturbo profondo dell'empatia nel senso di Edith Stein. L'empatia nel linguaggio abituale della psicologia clinica viene identificata con la comprensione: in questa accezione il termine viene usato nella fenomenologia soggettiva jaspersiana, che usa come strumento prevalente di conoscenza l'immedesimazione e la riattualizzazione in sé delle esperienze dell'altro. Ma empatia nell'accezione in cui E. Stein ha proposto il termine significa invece fare l'esperienza di un soggetto altro da noi e del suo vissuto. In questo senso l'empatia fonda il mondo intersoggettivo: permette d'intuire (e riconoscere) un soggetto simile a noi, un soggetto dotato di una sua vita simile alla nostra nell'orizzonte degli oggetti del mondo. In questo senso l'empatia come costitutiva dell'altro diviene co-costitutiva della nostra stessa ipseità». Lo stesso Rossi Monti conclude citando direttamente dal libro di Ballerini (Ballerini, p. 52): «In una interazione di rimandi, *movimento empatico* [il corsivo è mio] significa costituzione dell'altro come persona e costituzione della propria persona».

Torniamo quindi serenamente di fronte all'incontro, con la mente sgombra da questi problemi: come si possono definire l'empatia e l'epochè, che rapporto c'è tra questi due dispositivi. Problemi che abbiamo affrontato, ne abbiamo proposto una soluzione e di tutto dobbiamo fare e facciamo epochè. Il nostro proposito sarà ora quello di vedere da vicino cosa succede nell'incontro, qual è la sua dinamica: termine usato ed abusato, addirittura scontato, eppure, come vedremo, qui ritrovato nella sua semantica più originaria e più propria. Non sarà il caso d'allungare il repertorio dei possibili incontri, ognuno di noi essendo invitato a farsene una lista esemplificatrice, tratta però dalla propria esperienza personale e non dal mondo del "si dice", come direbbe Heidegger. Non si deve però dimenticare che tra gli incontri bisogna mettere anche gli scontri e vedere eideticamente quale plastica evidenza risalti da un sia pur banale litigio, per non dire da un'aggressione, da uno stupro, da una rissa.

Se questi esempi d'empatia dovessero stupire, vorrebbe dire che ci si attarda ancora su una nozione d'empatia pregiudicata da una presunta contiguità con la simpatia. Non è così, anche questa contiguità va epochizzata. Bisogna liberarsi dall'idea dell'empatia come temperie prima-

riamente emotiva: lo è, ma non primariamente. E soprattutto non si deve pensare che sia sempre una temperie emotiva di segno positivo. Noi possiamo bensì pensare all'empatia come a qualcosa che si "sente", che si "sente" durante il nostro fare, il nostro fare – ad esempio – come psichiatri e/o come psicoterapeuti. Ma ora, che stiamo analizzando l'empatia, non possiamo fermarci al "sentire", dobbiamo vederla eideticamente. Abbiamo parlato di "plastica evidenza" dell'incontro, e non a caso. Dobbiamo sempre immaginare di metterci di fronte ad un incontro con lo spirito d'un critico, o di un fruitore d'arte, che si ponga di fronte ad un gruppo scultoreo.

Quello che si vede è un intreccio di vettori, una rete di traiettorie disegnata dai movimenti intenzionali ora di uno dei due *partners* dell'incontro ora di entrambi. Intreccio, rete: altre parole, altre metafore potrebbero esprimere efficacemente questa visione. Accoppiamento, per esempio, schermaglia, corpo a corpo. Oggi la nostra sensibilità è largamente influenzata dal cinema, perché vi troviamo immagini concrete dell'incontro, più numerose ed evidenti che nella vita stessa. Di questa il cinema è una visualizzazione selettiva ed esclamativa, spesso più efficace di altre forme d'arte. A proposito del cinema – così come di ogni forma d'arte – prendiamo a prestito da André Gide l'espressione *nourritures terrestres* per definire l'alimento e la sorgente della visionarietà.

Seguendo questo modo di vedere, bisogna osservare che la visionarietà collude con una prassi. Una prassi intenzionale, che si sviluppa nei rimandi ed è quindi una prassi mimetica, della quale si possono suggerire molte metafore, molti esempi presi dalla vita quotidiana, affinché non si ricada nel dubbio che questa sia una nozione soggetta subitamente ad evaporare. Tornando all'esempio del gruppo scultoreo, basterà riportare alla memoria il momento in cui gli si gira intorno.

Eccoci arrivati al punto di poter guardare più da vicino la trasformazione di cui parla Barison. Prassi mimetica vuol dire prossimità e scambio, confronto ed ulteriore avvicinamento, influenzamento reciproco fino alla metamorfosi. Ma non è che uno diventi fotocopia e clone dell'altro. L'attività individuale non sparisce, ma si attenua più o meno profondamente, cosicché l'identità permane. Non c'è una fascinazione né un'identificazione, che pure avvengono, sia tra una persona ed un'altra, come dimostrano i sia pur rari casi di plagio, sia tra una persona ed un'opera d'arte, per cui sarà sufficiente portare ad esempio la classica storia di Gradiva.

Enzo Paci convoca il diavolo come figura della mìmesi e dell'equivocità della metamorfosi (p. 372). Anche noi pensiamo che l'incontro non sia un girotondo angelico (se così fosse, non farebbe che

sigillare una conseguita compiutezza ontologica), ma che sia conturbante e quindi un po' sulfureo. L'equivocità consiste appunto nella sua incompiutezza, come due parti d'un tutto che non combacino perfettamente, come un androgino non del tutto riuscito, come due versioni dello stesso quadro o della stessa statua. Il margine non collimante è quel che produce il discorso tra le parti da cui scaturisce un senso nuovo, che si ripartisce tra entrambe le parti. Questo vale tra due persone, ma anche tra una persona ed una cosa. Sappiamo tutti quanto sia carico di senso un oggetto, da noi eletto tra tanti per farne un dono, oppure un'opera d'arte o un libro o un semplice oggetto d'uso, che sembrino parlarci.

Come si può capire, le mie riflessioni portano a prendere in considerazione un qualche legame tra la ricerca eidetica e la ricerca empirica. Questo pensiero mi ha suggerito di rileggere un articolo di Arnaldo Ballerini intitolato: *Psicopatologia fenomenologica e psichiatria biologica: un "salto mortale" epistemico o una possibile convergenza?*. Questa rilettura è stata una cosa diversa rispetto alla prima lettura e, ai miei occhi, ne è stato prova il fatto che la mia attenzione è andata ad alcune espressioni che a suo tempo non avevo sottolineato. Quando Ballerini riferisce il caso di Isa – spacciata per delirante e trattata inutilmente con neurolettici, mentre era depressa e gli antidepressivi l'hanno guarita – l'intuizione che l'ha condotto alla diagnosi giusta viene da lui descritta così: «L'operazione che noi facemmo era quella di un nostro *movimento interno* [il corsivo è mio], che ci condusse alla esperienza della depressione e della immanente colpa […]» (2001). Inutile dire che io ho scoperto in questa frase una descrizione puntuale della prassi mimetica così come nel passo citato poco fa, dove si parla di *movimento empatico*. La mia lettura e la mia interpretazione di questi *movimenti* non possono sicuramente ignorare la precisazione che Ballerini parla di movimenti metaforici mentre la prassi mimetica è fatta di movimenti concreti. Qui entra in gioco evidentemente il circolo ermeneutico tra la metafora e la realtà fisica. Al momento voglio offrire un esempio di prassi mimetica richiamando un mio vecchio studio sulla fenomenologia del diabolico, sviluppato intorno al caso di Lucia (1969 e 2007).

«L'incontro tra me e Lucia è confrontabile con quello che intercorre tra un organo di senso ed una cosa. Il mio io trascendentale ha costituito il mio corpo proprio in organo di senso idoneo ad avere la visione eidetica di Lucia ed in esso infatti si è impressa compattamente la sua corporeità. Non è il mio corpo oggettivo che vede Lucia, ma è il mio corpo proprio che percepisce la sua corporeità compatta: e la percepisce in quanto esso è capace di movimenti intenzionali, cioè di empatia, cosicché posso dire che io conseguo la visione eidetica di Lucia nel mo-

mento in cui il mio corpo proprio funge la compattezza, cioè si atteggia secondo movimenti intenzionali, che lo trasformano rendendolo fugacemente compatto. Si tratta d'una trasformazione intenzionale, irreale (che sottende presumibilmente sempre una trasformazione fisica – *attenzione!* – anche se questa per lo più rimane inavvertita).

[…] Cosa è accaduto allora nel mio incontro con Lucia? Fin dal primo momento ho intuìto la sua unità di senso e successivamente ho capito che la sua apparizione mi aveva fugacemente trasformato, rendendomi compatto. […] Che cosa sia questa trasformazione, questa prassi sensibile, questo fungere corporeo, questo movimento intenzionale non è certo facile a dirsi. […] Sul piano intuitivo si potrebbe dire che è un'empatia nella quale il sentire coinvolge tutto il corpo, che ha dei moti per lo più impercettibili con cui si atteggia in una mìmesi dell'altro».

Come è stato osservato più volte, la dinamica dell'empatia può essere messa verosimilmente in rapporto con il funzionamento dei neuroni specchio. Descrivendo l'empatia in termini di prassi mimetica, può darsi che questo rapporto risulti essere ancora più cogente. In altre occasioni mi sono espresso così: «Comprendere per empatia significa costituire l'intersoggettività operando in sé la mìmesi impercettibile dell'altro» (2005, p. 85). Si tratta d'una mìmesi operata mediante movimenti intenzionali. «L'insieme dei movimenti intenzionali lavora come una prassi mimetica: prassi in quanto induce una vera e propria metamorfosi e mimetica in quanto ciò avviene per influenza dell'uno sull'altro. Questa prassi mimetica conferisce all'oggetto, all'io ed al tu una maggiore pienezza esistenziale, vissuta come un acquisto di "spessore", cioè di maggiore consistenza. Il vissuto di consistenza incarna il conseguimento d'un nuovo significato […]» (1993, p. 98 e 1999, p. 77). Così scrivevo in passato e così mi sento di aggiungere oggi: il nuovo significato è quello che scaturisce dall'esperienza vissuta dell'incontro realizzato. Se ritorniamo per un momento alla domanda posta da Arnaldo Ballerini sui possibili rapporti tra ricerca empirica e ricerca eidetica, possiamo constatare che egli auspica una convergenza tra le due. E lo ribadisce affermando: «Si torna così al valore essenziale del "circolo ermeneutico" nel processo di conoscenza» (2001, nota 10). E continua: «Il problema non è quindi l'impossibile eliminazione del circolo ermeneutico fra fenomenologia ed empirismo, ma lo starci dentro adeguatamente» (*ibid.*). Grazie alla risposta al suo interrogativo, formulata da lui stesso tre anni dopo (2004, p. 32), anche lui viene convocato a sedere al simposio che dicevo. Lui stesso infatti riprende il discorso così: «Del Pistoia […] richiamando il pensiero di Lantéri-Laura sulla costituzione intersoggettiva dell'ipseità come consonanza

nell'umano operare, scrive: "Il solo osservare quel gesto antico dei muratori suscita una risonanza tanto nella mia memoria di persona colta [...] quanto nella mia stessa motricità di persona vivente e fa sì che io partecipi a quei gesti essendovi come incitato o implicato [...]"» (cfr. Del Pistoia, p. 35). Lantéri-Laura e Del Pistoia ricorrono a questo esempio per illustrare la nozione heideggeriana di utensilità, che si può riassumere così: «Sono le opere che permettono questo entrare in rapporto reciproco degli esseri umani» (*ibid.*).

In Ballerini invece l'esempio dei muratori suscita considerazioni molto diverse e precisamente: «Questo è esattamente ciò che lo studio dei c.d. *mirror neurons* sta mettendo in evidenza quale controfaccia neurofisiologica della costituzione dell'Altro, e quindi della dimensione interoggettiva, come co-costitutiva della nostra soggettività. […] Qualsiasi sia il nostro approccio terapeutico, non possiamo che lasciarci guidare dall'attenzione e dallo studio dell'interno esperire del malato e dalla nostra risonanza ad esso: vale a dire osservando la soggettività dell'altro mentre si osserva la propria. […] Si va facendo strada la constatazione della possibile corrispondenza fra neuroscienze e psicopatologia esattamente nella sua declinazione fenomenologica. Ho citato l'esempio dei "*mirror neurons*" e della "costituzione intersoggettiva", ma altri se ne potrebbero fare a sostegno della "complementarietà" (J.Z. Sadler, 1992), epistemica e di fatto, fra ricerca eidetica e ricerca empirica».

Giacché siamo tornati a parlare di neuroni, si direbbe molto invitante l'ipotesi che l'ecstasy agisca non tanto su tutti i neuroni quanto specificamente sui neuroni specchio. Sviluppare questa ipotesi fino a cercarne, e magari trovarne, la conferma sperimentale, vorrebbe dire saperne di più sui neuroni stessi e rilanciare la riflessione sull'empatia. Nessun pregiudizio ci deve essere d'ostacolo. Quella che oggi è una droga pericolosa, domani potrebbe diventare, con uno dei tanti prodigi dei laboratori, un farmaco utile e prezioso. Chi pratica la terapia della parola non rinuncia neanche ora ad aiutarsi con qualche farmaco, pena la frustrazione terapeutica o, molto peggio, la sconsiderata fede nell'onnipotenza della parola.

## BIBLIOGRAFIA

Ballerini A.: *Psicopatologia fenomenologica e psichiatria biologica: un "salto mortale" epistemico o una possibile convergenza?*. COMPRENDRE, 2001, 11: 7-17

… : *Patologia d'un eremitaggio. Uno studio sull'autismo schizofrenico*. Bollati Boringhieri, Torino, 2002

… : *Lettera alla Redazione*. COMPRENDRE, 2004, 14: 32-35

Barison B.: *Opinioni di uno psichiatra di ispirazione heideggeriana sulla psicoterapia*. COMPRENDRE, 2008, 16: 27-33

Calvi L.: *La fenomenologia del diabolico e la psichiatria antropologica*. ARCHIVIO DI PSICOLOGIA NEUROLOGIA E PSICHIATRIA, XXX, fasc. IV-V, 1969; ora nel volume *Il consumo del corpo*, cap. 5. Mimesis, Milano, 2007

… : *Prospettive antropo-fenomenologiche*, in *Trattato Italiano di Psichiatria*, a cura di G.B. Cassano e coll., Masson, Milano, 1993 (1a ed.), I; 1999 (2a ed.), I

… : *Il tempo dell'altro significato. Esercizi fenomenologici d'uno psichiatra*. Mimesis, Milano, 2005

Del Pistoia L.: *Il contributo di Georges Lantéri-Laura all'atteggiamento fenomenologico in psichiatria*. COMPRENDRE, 2003, 13: 27-65

Di Petta G.: *Gruppoanalisi dell'esserci*. F. Angeli, Milano, 2006

Gonzàles-Palacios A.: *Real lenzuolo di Capodimonte*. Il Sole-24 ore, 27 gennaio 2008

Paci E.: *L'ironia di Thomas Mann*. AUT AUT, 1955, 29

Proust M.: *Alla ricerca del tempo perduto*, III. Einaudi, Torino, 1961

Rossi Monti M.: *Uno studio fondamentale sull'autismo schizofrenico*. COMPRENDRE, 2002, 12: 141-146

Prof. Lorenzo Calvi
Pz.ta SS. Maurizio e Lazzaro, 2
I-23827 Lierna (Lc)

# I TRE PIANI DELLA FORMAZIONE

A. CORREALE

*Introduzione*

I servizi pubblici di psichiatria stanno attraversando ormai da molti anni un periodo di particolare difficoltà. Questa difficoltà viene avvertita da chi ci lavora come disagio, sentimento di insufficienza, di rivendicazione, talvolta di solitudine e frustrazione. E ha senz'altro a che vedere con la profonda crisi di risorse, che i servizi pubblici affrontano ormai da molto tempo.

Ma la crisi di risorse non può in alcun modo essere ricondotta esclusivamente ad una mancanza o a una scarsa disponibilità di mezzi – sedi, personale, fondi. Approfondendo la conoscenza dei servizi, si percepisce con grande intensità la sensazione diffusa che esista una profonda disparità tra la domanda, che la sofferenza legata alla malattia mentale propone, e la capacità di risposta di chi opera. Le cose vanno come se chi lavora avvertisse, penosamente, che quanto si fa è sempre un po' al di sotto di quanto viene chiesto: questo vale sul piano strutturale – non abbiamo abbastanza residenze, non abbiamo abbastanza personale, non abbiamo abbastanza risorse economiche, non abbiamo abbastanza posti letto. Ma avviene in modo forse ancor più clamoroso, a livello del rapporto fra terapeuta e paziente. Molto spesso i terapeuti, qualunque sia il loro ruolo professionale, si sentono investiti da una domanda che sembra travalicarli, sia come richiesta di legame affettivo, protettivo, accuditivo, sia, e forse ancor più, come capacità di comprensione di ciò che veramente avviene nella vita di una persona sofferente di una malattia mentale, con tutto il suo corredo di solitudine, diversità, rabbia, ma anche estraneità, dubbio, incertezza e senso di un destino avverso.

Qui si pone il problema della formazione. È possibile affermare che una più adeguata formazione di chi opera nei servizi possa permettere un accoglimento della domanda, da un lato più comprensivo della fenomenologia della malattia mentale, e dall'altro più capace di sopportare, di reggere e, nella misura più ampia possibile, di contraccambiare la domanda di relazione, di rapporto che il paziente presenta?

È esperienza comune che, nonostante gli sforzi che moltissimi operatori compiono e i livelli di straordinaria capacità che si riscontrano in molti servizi, molti insuccessi o ritardi terapeutici siano legati al fatto che gli operatori non si sentono in grado di sostenere fino in fondo il peso di una domanda così perentoria e spesso così spietata, come quella che il paziente psichiatrico sembra avanzare.

Le condizioni in cui si svolge il lavoro sembrano presentare, a questo proposito, almeno tre piani problematici.

Un primo piano riguarda le condizioni stesse della scienza psichiatrica oggi.

La scienza della psichiatria è al momento attuale più la risultante di un arcipelago, che un'attività scientifica integrata. Nel campo della psicoterapia, si confrontano scuole di orientamenti diversi, in ambito psicoanalitico, cognitivista e sistemico. La psichiatria biologica fornisce risposte sempre più impressionanti dal punto di vista delle acquisizioni conoscitive, ma stenta a dialogare con gli approcci, che privilegiano l'accostamento soggettivo e personale al paziente. La fenomenologia – e tutta la sua gloriosa tradizione psicopatologica – sembra relegata ad uno sfondo, che spesso viene vissuto, a torto, più come un ornamento che come un effettivo strumento di intervento. La psichiatria sociale privilegia principalmente l'inserimento nella collettività e sembra più centrata sull'accoglimento del paziente da parte del contesto culturale e sociale circostante, piuttosto che sulle vicissitudini della sua interiorità.

È inevitabile che l'operatore si trovi disorientato e finisca per privilegiare un approccio particolare, forse addirittura in contrapposizione agli altri, purché conferisca un'identità definita, e una prassi terapeutica riconosciuta e, almeno entro certi limiti, standardizzata. Ma questa forse inevitabile evoluzione delle cose comporta un isolamento, una difficoltà di confronto, una frammentazione tra le scuole. È possibile pensare ad una formazione, che lavori nei punti d'intersezione tra i vari approcci disponibili, che sia insomma trasversale e non solo verticale, e che faccia crescere l'operatore attraverso una consapevolezza sempre maggiore delle aree di ricerca condivise, e non solo di quelle che separano i vari tipi di scuole?

Un secondo punto riguarda la vita istituzionale. Benché da molti anni si analizzino e si discuta sulle dinamiche della vita istituzionale,

non sembra che si sia ancora formata una sufficiente consapevolezza di quanto l'appartenere a un gruppo di lavoro organizzato influisca profondamente sull'attitudine terapeutica del singolo curante, che viene profondamente influenzato da dinamiche di potere, emozioni collettive, assunti di base e, comunque, da una pressione del gruppo sul suo apparato psichico, che da un lato esplica un supporto, una facilitazione del lavoro, una protezione affettiva e culturale, ma dall'altro può esercitare effetti deleteri di conformismo, d'inibizione, d'ostruzione del riconoscimento emozionale e quindi spingere ad *acting*, evitamenti, proiezioni, giochi di deleghe.

Un terzo punto riguarda la formazione personale. Oltre alla dimensione della competenza, cui abbiamo accennato in prima istanza e alla dimensione istituzionale, che abbiamo citato in seconda istanza, agisce infatti con forza anche la dimensione personale. Ogni competenza infatti, e ogni ruolo istituzionale, si fonda su un'attitudine personale ineliminabile.

Si potrebbe dire che l'attitudine personale può essere vista da due lati.

Da un lato la vocazione: quali sono le spinte profonde che spingono a scegliere questo lavoro? Il bisogno di sentirsi utile, la fantasia di proteggere un genitore ammalato, una troppo precoce responsabilizzazione, la percezione di aspetti della propria mente, con cui non si è mai venuti del tutto a patti, o più semplicemente un'ansia di potere, un bisogno narcisistico di contare, d'esercitare un'autorità su qualcuno o su qualcosa?

Dall'altro versante, l'attitudine personale si apre al contatto col paziente. Che cosa succede quando veramente si entra in contatto con una persona malata mentalmente? Si potrebbe forse dire che lo sforzo più grande, e più difficile, consiste nella capacità di dare spazio, di albergare nella propria mente e, talvolta, nel proprio corpo, vissuti, emozioni e pensieri che possono avere carattere di stranezza, bizzarria, estraneità, ma anche violenza, tragicità, risentimento, distruttività talvolta mortifera. È possibile "curare" una persona senza far transitare, almeno in qualche modo, dentro di sé questi vissuti? E se questo non avviene, le attitudini terapeutiche, ispirate alla più moderna e rigorosa competenza, non rischiano di restare dimezzate o parziali, perché condotte in un regime d'oggettivazione e quindi private di un veicolo essenziale per la loro trasmissibilità?

La mia proposta è d'indagare questi tre punti o meglio, questi tre piani, nella speranza che la suddivisione in questi tre livelli permetta una visione più chiara del nostro problema e faccia procedere il di-

scorso sulla formazione in modi sempre più strettamente legati all'esperienza quotidiana degli operatori.

Affronteremo in successione la componente personale, poi quella istituzionale, e infine quella professionale e tecnica.

## I. La componente personale

Come accennavo nell'*Introduzione*, non è possibile ridurre la formazione di un operatore psichiatrico alla pura e semplice acquisizione di tecniche terapeutiche. Anche la migliore somministrazione farmacologica o l'applicazione di un modello di intervento validato, o la messa in campo di una capacità sociale d'integrazione, non può prescindere dal fatto che esiste un veicolo, per così dire, un mezzo di trasporto, di tutto ciò che si fa, e che questo mezzo di trasporto consiste nella persona stessa che lo fa, nel suo stile comunicativo, nei sentimenti che trasmette, nella capacità d'accoglienza e, sullo sfondo, nel suo rapporto coi grandi problemi della vita, il lutto, il sesso, l'amore. Se questi aspetti possono restare nello sfondo, in relazioni brevi e superficiali, è inevitabile però che acquistino un'importanza crescente quando la relazione si approfondisce, o addirittura quando diventa una relazione psicoterapica o, comunque, improntata ad una forte intimità.

Come offrire all'operatore una possibilità di crescere in questo campo? Dicevo già nella prima parte di questo scritto, che il problema può essere affrontato da due parti, o meglio rispondendo a due domande. La prima riguarda la vocazione: perché ho scelto questo lavoro? La seconda riguarda il paziente: che cosa mi fa provare questa persona? Affrontiamole in successione.

Il tema della vocazione è un tema troppo vasto per trattarlo in modo esauriente, ma è altrettanto inevitabile farne almeno degli accenni.

Una prima spiegazione possibile ci viene offerta dagli studi sulle prime esperienze di vita, con particolare riferimento a quelle più traumatiche, in cui accanto alla figura della vittima e del persecutore, si staglia quella del salvatore, cioè di colui o colei, che, di fronte ad una scena violenta o dolorosa, si sente in qualche modo obbligato a correre in aiuto, a fare qualcosa. Sullo sfondo di questa chiamata c'è un'acuta percezione di tipo etico: il bisogno di riaddrizzare delle profonde storture, di sostenere chi soffre, d'opporsi ai prepotenti. Questa profonda istanza etica può condurre il futuro terapeuta ad atteggiamenti di oblatività, di protezione, d'interventismo e possono renderlo disponibile anche a grandi fatiche, e comunque ad un'istanza che potremmo definire di tipo riparativo.

È chiaro che siamo in presenza di una tematica a doppia faccia: da un lato l'istanza etica comporta una dedizione, un impegno, un riconoscimento del valore dell'altro, una protesta contro le ingiustizie, e non può non sfociare in un calore, in una solidarietà, in una pazienza, anche, nel sostenere situazioni spesso così difficili, così persistenti. Potremmo dire, sulla scia di Levinas, che il dolore umano ci convoca, ci impegna, non può lasciarci indifferenti. D'altra parte, nel ruolo del salvatore, sembra insinuarsi un senso di colpa, qualcosa che potrebbe definirsi una responsabilizzazione eccessiva, un obbligo, una compulsività degli interventi. Se questo aspetto prevale, possono farsi strada, nelle attività terapeutiche, aspetti di rigidità e una modalità che potremmo definire coattiva, un fare le cose per obbligo e non per scelta.

Un altro aspetto importante di questa dimensione è dato da un rischio, che potremmo definire pedagogico. La vocazione del salvatore può assumere forme troppo rigidamente educative, in cui senza volere il paziente diventa un bambino, e il terapeuta l'adulto, che lo deve guidare nei difficili percorsi della vita. Questo aspetto dell'infantilizzazione del paziente è uno dei rischi più gravi che corrono i terapeuti, che possono vivere la loro vocazione come un mettere ordine nel disordine, un guidare chi non sa regolarsi, con l'inevitabile prezzo di fatica che questo comporta. Insomma non c'è vocazione senza etica, ma l'etica dovrebbe lasciare un margine, per non precipitare in un'oppressiva rigidità.

Un altro aspetto importante della vocazione riguarda il famosissimo tema di Winnicott del bambino troppo rapidamente cresciuto. Molti terapeuti sono stati chiamati, o si sono sentiti chiamati, ad una sorta di crescita accelerata, perché le condizioni della vita – separazioni, lutti, malattie, difficoltà familiari – li hanno messi troppo rapidamente e precocemente nella condizione, almeno in parte, di rinunciare alla propria infanzia, per diventare grandi molto presto e fronteggiare le emergenze circostanti. Questa rinuncia all'infanzia – o meglio, questa parziale riduzione della dimensione infantile – può conferire a certi terapeuti una modalità ossessiva o troppo seria o un fondo di tristezza, come se si rimpiangesse sempre qualcosa, che non si è mai vissuto fino in fondo.

C'è infine un'altra fonte di vocazione psichiatrica: la percezione di aspetti insoliti o bizzarri, francamente malati dentro di sé, che attraverso la scelta della psichiatria, si tenta di bonificare e di trasformare. Al di là di facili ironie, questo tema è di grandissima importanza. La sorpresa di percepire in sé aspetti impliciti e non facilmente condivisibili può diventare attenzione e delicata sensibilità verso aspetti soggettivi dolenti, come crisi transitorie di depersonalizzazione, facili alterazioni dell'umore, interrogazioni frequenti sul senso della vita, delle

cose, difficoltà nell'integrazione fra aspetti corporei e aspetti mentali della propria personalità: tutte queste esperienze possono spingere alla scelta dell'attività psichiatrica, come un modo di venire a capo di qualcosa, che altrimenti resta sempre in sospeso dentro di sé.

Per affrontare questa tematica sono state proposte molto giustamente esperienze di analisi personale, e comunque di *training* individuali o di gruppo, previste da molte scuole, d'origine e orientamento vari. Ma sappiamo bene che questa risorsa, per quanto importante, non può essere messa a disposizione della totalità degli operatori e che poi anche questa risorsa in sé abbia dei limiti. È possibile, allora, che il gruppo degli operatori, tramite iniziative formative *ad hoc*, possa porsi il problema di favorire una crescita personale "in gruppo" degli operatori, oltre che della trasmissione di specifiche competenze e tecniche?

Sull'altro versante, dicevamo che il tema della formazione riguarda la capacità di alloggiare – come direbbe Bion – dentro di sé, nella propria mente e nel proprio corpo, pensieri e vissuti, che possono rivestire un carattere di bizzarria, violenza, inusitatezza. Possiamo affrontare, come esempi illuminanti, la situazione dal punto di vista della psicosi e dal punto di vista del *borderline*.

Quando si viene a contatto con la psicosi si percepisce con chiarezza che è l'intero statuto dell'essere che viene messo in discussione.

Nella fase acuta, lo psicotico non sa se là fuori c'è qualcosa oppure no. E vive quest'incertezza come perdita, terrore, morte o, in via compensatoria, come dominio maniacale, su qualcosa che in realtà non riesce a controllare mai. Nella fase cronica, lo psicotico ci presenta qualcosa di estenuato e sembra chiedere al terapeuta: «Non mi spinga a fare cose troppo difficili. Trovi la strada giusta per me, non di più, non di meno». Nell'uno e nell'altro caso, il curante viene interrogato sul suo proprio modo di rapportarsi con l'essere delle cose. Le cose vanno come se la filosofia coattiva del paziente mettesse in risonanza una filosofia più libera e più consapevole, ma non per questo meno "filosofica": la depersonalizzazione mette in discussione il legame "naturale" fra noi e le cose.

Il delirio, inoltre, richiama la sensazione d'un universale schiacciante, un messaggio che viene dal mondo intero, e richiama quindi il tema angosciante del rapporto fra il singolo e il tutto, fra la vita individuale e quella dell'universo. Si potrebbe dire che il delirio è una forma di religione, che non può non mettere in discussione e in risonanza la religione individuale del terapeuta, quanto il terapeuta percepisce il messaggio schiacciante dell'universalità, quanto è capace di declinarlo con se stesso in forme comunicabili e quanto invece lo respinge considerandolo eccessivo, violento ed insopportabile. Non si tratta infatti di

delirare col paziente, ma di non mostrarsi sordi a questo filo conduttore che unisce il singolo al tutto. Sintonizzarsi insomma con questo aspetto non eliminabile dell'esperienza psicotica, ma anche dell'esperienza umana, e renderlo in qualche modo umano e non travolgente.

E infine la cronicità: la stanchezza, il ritiro, la paura che la vita ci scardini dalle fondamenta, il timore che il sesso, l'amore, la passione, anziché elementi di vitalità diventino elementi di destabilizzazione, di disordine, di caos, possono spingere il terapeuta ad una ribellione, in nome della sua propria vitalità. Come se il terapeuta dovesse dire al paziente: non puoi spengerti così, in questo modo spengi anche me. Se questi vissuti del paziente incontrano nel terapeuta una reazione di ribellione, di negazione, di ostilità, sia pure largamente condivisibile e comprensibile per i motivi che abbiamo detto, può determinarsi tra paziente e terapeuta una specie di cesura, che può indurre dolore nell'uno e nell'altro e, in altri casi, rabbia, risentimento e addirittura fine del rapporto.

Per quanto riguarda i *borderline*, entriamo qui nei vastissimi territori del trauma. Il trauma, o meglio, la relazione traumatica, non causa soltanto dissociazione o identificazione con l'aggressore o coazione a ripetere. Essa implica anche una disorganizzazione della capacità di leggere gli eventi secondo un criterio interpretativo possibile.

Chi proviene da traumi ripetuti sembra convinto in profondità che il mondo non sia leggibile, ma sia un coacervo di follia, brutalità, violenza, intervallato da momenti transitori e poco convincenti di dolcezza e amorevolezza. È inevitabile che questa "perdita di senso" venga vissuta da chi la prova con un senso di rabbia, di ingiustizia, di risentimento, e che il terapeuta la viva come un essere attaccato ingiustamente. Perché devo rispondere io dei tuoi dolori? Perché devi chiedere a me quel senso della vita e delle cose, che nessuno può ragionevolmente dire di possedere? Ma questa rabbia e questa aggressività possono diventare invece la fonte della possibile alleanza se, anziché respingere al paziente questi vissuti, il terapeuta ne coglie l'intrinseca, drammatica richiesta di ricerca di senso, di continuità, della composizione di un rapporto possibile, insomma di una paziente, estremamente paziente capacità di riannodare continuamente fili spezzati, senza cadere nella tentazione di vendette, ritorsioni e modalità tipo occhio per occhio.

Penso che si possa dire che soltanto tramite un profondo attraversamento dell'esperienza traumatica – una capacità d'immedesimazione nella vittima del trauma e nel rischio gravissimo che la vittima diventi persecutore, e che il traumatizzato diventi traumatizzante –, sia possibile avvicinarsi al paziente *borderline*.

In base a queste considerazioni, che si può dire dunque sulla formazione personale d'un operatore? Certamente, alla base sia della psicosi che dei disturbi gravi di personalità, esiste quella che potremmo definire una sorta di filosofia vissuta e sperimentata sul proprio corpo e sulla propria vita affettiva: una realtà che sfugge nella psicosi, una realtà che incalza violenta nel disturbo del carattere di tipo esplosivo.

Penso si possa dire che è fondamentale che il nostro terapeuta, infermiere, assistente sociale, psicologo, medico, debba percepire in sé questa tematica. Custodire insomma dentro se stesso qualcosa – che potremmo definire come il senso drammatico delle cose – qualcosa che ha a che fare con la precarietà e l'imprevedibilità. Ma al tempo stesso sentire che questa precarietà e questa imprevedibilità si possono accoppiare con qualcosa che invece è anche morbido, amorevole, ironico, forse comico, e comunque etico.

Si può dire che il terapeuta deve comunque aver fatto esperienza del lutto, o diretta o mediata, e che deve dialogare con questa area del lutto, come con una parte di sé, né predominante né assente. Il lutto non deve divorare il terapeuta, ma non deve neanche essere relegato in un fondo inafferrabile. Potremmo parlare del terapeuta come di un convalescente, uno che sa cosa vuole dire essere malati, ma che ha provato anche le gioie dello star bene.

Le attitudini che vanno sviluppate per favorire questa modalità – ritrovare il senso d'una propria vocazione e dialogare col vuoto e la mancanza senza farsene inghiottire – potrebbero essere indicate come la ricerca di una sorta di saggezza. In questo senso il significato che i Greci conferivano all'idea di "saggio" ci aiuta moltissimo. Hadot ci ricorda che, nell'antica Grecia, la pratica filosofica non era mai fine a se stessa, né al servizio d'una pura indagine conoscitiva, ma era soprattutto un esercizio spirituale: il dialogo ininterrotto con se stesso, e con le persone vicine, sui temi essenziali dell'umanità, la vita, la morte, l'amore, il sesso, il tempo, lo spazio, l'infanzia.

Per sviluppare questa "saggezza", Hadot ricorda alcuni procedimenti.

Il primo è l'attenzione. Intendiamo per attenzione l'apertura di un ventaglio il più aperto possibile alla ricerca di particolari – nelle istituzioni potrebbero essere quelli provenienti dal paziente, ma anche dal suo contesto e dall'istituzione nella sua totalità – nella convinzione che in molti casi la periferia del campo visivo dia informazioni altrettanto importanti della parte centrale del campo. Messaggi subliminali, sfumature, piccoli aspetti corporei, espressioni verbali al posto di altre e poi naturalmente lapsus, atti mancati: tutto ci parla di qualcosa che va sì riportato all'unità, ma soltanto dopo che è stato fatto un lavoro di acco-

stamento e di raccolta di materiale, anche molto eterogeneo, e di frammenti molto distanti fra di loro. Come vedremo meglio nella terza parte di questo lavoro, concetti come quello di epochè e di attenzione liberamente fluttuante sono particolarmente utili in questo senso.

Un secondo procedimento potrebbe essere definito come controllo, intendendo per controllo il potere che si esercita su se stessi. È implicito, in questo concetto di potere su se stessi, una certa capacità non solo di riconoscere le emozioni che il paziente ci fa provare, ma anche le emozioni che comunque noi proviamo per lui o per lei, non in base soltanto alla sua storia, ma alla nostra, alle nostre preferenze, scelte, idiosincrasie, orientamenti, passioni. Il controllo implica la capacità di non lasciarsi andare, o di lasciarsi andare in modo consapevole, e comunque di controllare gli *acting*, le emozioni di tipo isterico, le rabbie, le paure, e di chiedere aiuto a persone vicine di cui ci si fida, se questo controllo risulta impossibile esercitarlo da soli.

Purtroppo si ha molto spesso la sensazione che il terapeuta, nelle istituzioni, sia non sempre consapevole dell'effetto che fanno le sue parole e i suoi gesti sull'altro, sul suo paziente. In questo, il gruppo può svolgere una funzione fondamentale, evitando tendenze alla colpevolizzazione e ponendosi invece nella prospettiva del rinforzo del controllo, proprio e altrui. Deve essere però molto ben chiaro che, per controllo, non si intende psicoanaliticamente la negazione o la rimozione dei propri vissuti, ma una prospettiva, forse più stoica che psicoanalitica, di padronanza dei propri vissuti e di capacità di rappresentarseli e di dialogarci.

Infine, la meditazione. Non è possibile pensare che tutto si svolga al momento dell'incontro. Molti eventi significativi della relazione avvengono dopo, quando il terapeuta ritorna col pensiero a ciò che è successo. Può esserci un pensiero orientato, o il pensiero può ripresentarsi all'improvviso. In alcuni casi fortunati, si può sognare un paziente o essere colpiti da qualcosa che ha detto o ha fatto in un altro momento della vita, ma quel che è certo è che, nel momento successivo, nell'*après coup*, alcuni filtri attivi nel corso dell'incontro possono venir meno e alcune comunicazioni, che non sono passate nella seduta, possono nell'assenza arrivare a destinazione. Quei brevi intervalli fra una seduta e l'altra, la chiacchierata con il collega, il tragitto in macchina dal servizio a casa, brevi momenti di solitudine, magari passeggiando per la città, o imponendosi volontariamente di non svolgere, almeno per qualche minuto, nessuna attività, possono essere utili in questo senso.

Attenzione, controllo, meditazione: tutte e tre queste posizioni sono praticabili in gruppo e tutti i gruppi di discussione clinica, al di là del consiglio, dell'orientamento, dell'interpretazione, dovrebbero svilup-

pare nel gruppo stesso queste modalità. È solo attraverso questo tipo di "saggezza" che non si finisce mai di acquisire, che si può instaurare, da un lato, quel dialogo con la mancanza e l'assenza che, come dicevamo, l'operatore deve instaurare in modo non depressivo dentro di sé, e dall'altro, lo stesso dialogo fra operatori, perché la ricerca di queste qualità diventi uno stimolo, non solo per se stessi ma anche per gli altri membri del gruppo.

## II. La componente istituzionale

È esperienza comune che il contesto istituzionale in cui si è immersi influenzi in modo molto profondo non soltanto il modo di lavorare, ma lo stile personale, le modalità comunicative e addirittura lo stato d'animo con cui si opera. Non c'è dubbio, infatti, che una grande parte delle emozioni che si provano nel corso dell'attività professionale, più che essere legata ai pazienti, sia legata ai colleghi, alla solidarietà – se presente – o altrimenti alla competizione, alle rivalità, agli scontri coi compagni di lavoro. Si può dire – senza timore di sbagliare – che le vicissitudini nascoste del piano emozionale dell'istituzione siano altrettanto importanti delle attitudini personali al lavoro e della competenza professionale in senso stretto.

È importante quindi che l'attività formativa permetta di approfondire la conoscenza di come funzionano le istituzioni, di quali siano le forze emotive che le caratterizzano, e di come la storia, i traumi, le vicende interne determinino un clima, un'atmosfera, un'aria che penetra fino nel profondo dell'organizzazione mentale, e talvolta anche fisica, dei suoi componenti.

Un primo modo di offrire uno strumento perché l'operatore possa "leggere" il contesto in cui è immerso è dato dalla distinzione tra organizzazione e comunità, come due polarità fondamentali dell'istituzione.

Intendiamo per organizzazione, in senso stretto, l'insieme dei compiti che l'istituzione stessa deve svolgere, i ruoli assegnati, le responsabilità individuali, il potere di cui ognuno dispone e l'autorità maggiore o minore che può esercitare su chi gli sta intorno. Soltanto in questo senso l'istituzione coincide con l'organizzazione. Come sono affidati gli incarichi professionali? Quali mansioni svolge ogni parte dell'istituzione? Come sono suddivisi i compiti? Come interagiscono fra loro le varie parti?

La teoria dell'organizzazione è ormai entrata a far parte della formazione degli operatori, che sempre più stanno diventando esperti su pro-

blemi di suddivisione del lavoro, acquisizione di ruoli, interazione di funzioni.

Ma l'istituzione non è solo organizzazione. Si può pensare l'istituzione, anche, come un insieme di persone che, per il fatto di lavorare fianco a fianco, spesso per molti anni di seguito, non si scambiano soltanto compiti e responsabilità, ma costruiscono insieme una mentalità comune, valori condivisi, storie partecipate, ricordi collettivi. Questo aspetto comunitario può funzionare come un alimento affettivo – nel caso che l'operatore se ne senta parte – o funzionare come una terribile minaccia, nel caso che, per qualche motivo, l'operatore se ne senta escluso o perseguitato. Contribuisce alla costituzione di questo clima comunitario lo stile della *leadership*, dei legami affettivi e non solo professionali fra i membri, le entrate e le uscite dei nuovi operatori, gli amori, le antipatie, gli odi, insomma tutti i legami che il corso del tempo stratifica e fa sviluppare.

Questo aspetto comunitario ha un'importanza fondamentale per un motivo, che un filosofo italiano, Roberto Esposito, ha indicato con grande chiarezza. La parola latina *munus*, su cui nasce il termine comunità, non indica soltanto un compito, ma anche un dono, un'offerta. La vita istituzionale si struttura intorno ad una ricchissima serie di scambi che, da un lato, sono scambi di compiti, responsabilità, poteri, secondo una logica che potremmo definire di tipo contrattuale o giuridico o sindacale. Dall'altro, si struttura invece intorno a scambi personali, fantasie, affetti, impegni di portata maggiore o minore, stili personali.

Esiste quindi tutta una gerarchia, che nel campo dell'organizzazione potremmo definire del potere, nel campo della comunità, invece, potremmo definire degli affetti o degli stili personali. Una persona di scarso potere può avere una grande influenza personale, il potere di un primario o di una caposala può non corrispondere ad una altrettanto forte capacità di contribuire ad un piano fantasmatico o culturale o emozionale. Esistono insomma ruoli gerarchici, ma anche ruoli che rispondono ad una gerarchia di altro tipo, di simpatia, di generosità, di calore, o al contrario, di distruttività, d'invidia, di competizione.

Tener presente questo complicatissimo intreccio fra il livello gerarchico del potere, pertinente all'organizzazione, e il livello comunitario degli affetti, pertinente agli scambi personali, è di fondamentale importanza, perché proprio dall'equilibrio di queste due componenti deriva la possibilità di una vita istituzionale capace di alimentare in senso benefico il singolo operatore e non di deprivarlo.

Esiste infatti un rischio molto grave e cioè che la comunità, nel suo insieme, tenda ad irrigidire alcune sue caratteristiche, che lo stile personale di qualcuno o lo stile di tutto il gruppo diventi pietrificato, ripeti-

tivo, in una parola ideologizzato. In questo caso, i fattori identitari prendono il sopravvento su quelli comunitari e la comunità diventa caratterizzata dal suo opporsi a qualcosa, piuttosto che dal suo fronteggiare o incontrare qualcosa.

Lo stesso fenomeno si può verificare all'interno dell'istituzione nel suo complesso. Se gli scambi comunitari e quelli pertinenti all'organizzazione non si armonizzano, si formeranno dei sottogruppi, e ognuno dei sottogruppi tenderà ad affermare se stesso in contrapposizione agli altri. In altri termini, se non riesco a sentirmi appartenente all'istituzione nel suo complesso, mi sentirò almeno appartenente ad uno dei sottogruppi che la compongono.

Si può approfondire questo punto ricorrendo al concetto d'esclusione. In molte istituzioni le cose vanno come se si dovesse necessariamente escludere qualcosa. Questo qualcosa è molto spesso una componente personale che, per la sua intensità, per la sua diversità o per la sua potenza, viene sentita come pericolosa e viene quindi messa al bando. Ma quasi sempre questa componente personale, proprio perché esclusa, ritorna in altre forme, spesso spostate, come polemiche, lotte di potere, bizzarrie, forme di nevrosi o di ansia o *acting*.

Quali sono i modi per indagare questi complessi intrecci? Ne vorrei indicare sostanzialmente due.

Il primo è rappresentato dal concetto di contagio. È grande merito di Bion l'aver indicato che, quando un gruppo si sente inadeguato a fronteggiare un compito, ricorre facilmente alla fuga in un'emozione collettiva di tipo depressivo, paranoico o maniacale e che questo movimento consente ai singoli membri del gruppo di ritrovare un'unità, non attraverso la partecipazione ad un compito condiviso, ma attraverso la condivisione d'un'emozione uguale per tutti.

È qui che si attiva il rischio del contagio. Quando il gruppo si trova in questo stato, tutti i singoli membri del gruppo sono attratti dall'emozione collettiva, se ne fanno appunto contagiare e diventa molto difficile mantenere una individualità, perché questa viene sentita come un rischio d'allontanamento dal gruppo, e quindi di persecutorietà o di solitudine.

Fenomeni di questo tipo si verificano con grande facilità nelle istituzioni: mancanze di risorse, perdite di personaggi significativi, scelte contrastanti di tipo istituzionale o professionale, compiti troppo impegnativi possono determinare stati d'animo d'insufficienza, che a loro volta possono venire immediatamente compensati dall'entrata in un assunto di base, dotate delle caratteristiche che abbiamo appena descritto. È molto importante che l'attività formativa permetta all'operatore di riconoscere questi stati, sia come esperienza personale, sia come parteci-

pazione a un momento collettivo, e di favorire quindi una riflessione individuale e comune su ciò che sta accadendo.

L'altro punto riguarda la storia. Ogni istituzione è dotata di una storia, che spesso è anche storia di sconfitte, di traumi, di difficoltà. Ma quali capacità hanno le istituzioni di prendere atto che su di esse ha veramente agito un trauma, per esempio la presenza di un personaggio perturbante, o la scomparsa di un personaggio protettivo o significativo, o la sofferenza grave di uno dei membri e così via? Freud, nei suoi lavori sulla psicologia del gruppo, ha mostrato con grande chiarezza che molti traumi non vengono ricordati, ma trasformati in azioni, per esempio attraverso la costruzione di totem, l'attività di modalità idealizzanti, la creazione di idoli, oppure attraverso l'esclusione dalla memoria del gruppo di vicende antiche, di cui si tende a non parlare più.

Le cose vanno come se i gruppi avessero una capacità limitata di riconoscere i loro traumi, e tendessero invece a instaurare delle aree cieche o a controllare il trauma attraverso modalità di tipo paranoicale, proiettando cioè su un capro espiatorio all'interno del gruppo – o su un nemico al suo esterno o su una istituzione concorrente –, il pericolo temuto e il dolore non riconosciuto.

È importante che l'attività formativa permetta agli operatori di riconoscere quali effetti può esercitare un trauma sulla vita istituzionale, quali sono le difese che l'istituzione stessa può attivare per controllarlo – quasi sempre di tipo centrato sulla negazione o sulla scissione – e quali sono le modalità con cui l'effetto negativo di un trauma si perpetua nel tempo. Nelle istituzioni, infatti, come nei popoli, si può attivare la trasmissione trans-generazionale del trauma, per cui anche gli ultimi venuti possono risentire quasi passivamente di un clima post-traumatico, basato sull'impossibilità di parlare di certe cose o su un modo rigido di parlarne, che ne perpetua una memoria cristallizzata e non suscettibile di approfondimenti o di sviluppi.

Una formazione consapevole non deve in alcun modo prescindere da queste conoscenze più approfondite del funzionamento istituzionale: anzi si può dire che ogni attività di formazione può essere considerata anche come un'occasione per cui, accanto alla trasmissione di un sapere, s'induce anche una possibilità di riflessione sulla modalità di funzionamento dell'istituzione in quel momento.

Un esempio tipico è dato dalla supervisione. Una supervisione ben fatta quasi sempre permetterà non soltanto un accrescimento delle competenze e delle conoscenze sul caso discusso, ma metterà in luce in che modo, nel rapporto con quel caso, hanno giocato un ruolo aree cieche, esclusioni, creazione di capri espiatori. Tutto questo non si manifesterà

in modo nitido, ma si manifesterà – per così dire – in controluce, a qualunque occhio attento capace di osservarlo.

## III. La componente professionale

Possiamo intendere come componente professionale tutta l'attività formativa diretta a trasmettere conoscenze e competenze concernenti la pratica della psichiatria.

In particolare, sono molto diffuse e ben note le numerosissime iniziative dirette a trasmettere conoscenze a carattere biologico-farmacologico e in genere concernenti le neuroscienze e il funzionamento del substrato organico della mente. Sull'altro versante, le competenze di carattere maggiormente psicologico si suddividono nelle varie aree: si può osservare – come dicevamo all'inizio – che si fronteggino conoscenze di carattere psicoanalitico, sistemico, cognitivista, psicodinamico, evoluzionistico. Nell'insieme, possiamo considerare che l'attività formativa è diretta prevalentemente alle trasmissioni di modelli, alla loro verificabilità, alla loro utilizzabilità pratica.

In questa sede non vorremmo però tanto discutere dei modelli, ma collocarli sullo sfondo generale di queste considerazioni, con particolare riferimento alla pratica che più ci interessa, quella psicoanalitica. Vorremmo proporre sostanzialmente tre punti.

1. In primo luogo, vorremmo porre questa domanda. È possibile operare una trasmissione di modelli, che non consista soltanto nella loro descrizione, seguita dalla loro applicabilità e verificabilità? Altrimenti detto, è possibile, nel corso della trasmissione di tali modelli, cogliere qualcosa che potremmo definire come un'essenza di questi modelli stessi, intendendo per essenza un insieme di idee nucleari, di principi guida, di intuizioni originarie, da cui i modelli stessi scaturiscono? È possibile cioè chiedersi se, per limitarsi all'ambito psicoanalitico, esiste una concezione psicoanalitica dell'uomo, una sorta d'antropologia, una visione del mondo, o meglio, della psiche umana, che dalla psicoanalisi stessa proviene? È possibile cioè operare, in qualche modo, filosoficamente, sul modello, per indagare quale vita lo anima, quale visione del mondo tende a indurre, in modo che l'operatore che lo applica sia il più possibile consapevole dell'operazione conoscitiva, oltre che terapeutica, che sta facendo e delle implicazioni etiche che sono implicite nel suo lavoro?

Per fare anche un solo esempio. La concezione psicoanalitica della libido freudiana e il suo riallacciarsi all'antichissima tradizione dell'eros platonico in che modo influenzano eticamente ed estetica-

mente l'attività dell'operatore? Questa idea – appunto dell'eros – come substrato della vita psichica, in che modo differenzia il metodo psicoanalitico, per esempio, da un metodo cognitivista o da uno sistemico o da uno rigidamente biologico?

Oppure l'idea che esista nell'uomo un'intrinseca, irriducibile conflittualità – cioè che, per la sua posizione naturale, l'uomo sia, in larga misura, costretto a dialettizzare continuamente fra opposti impulsi e desideri, e che talune contraddizioni siano, non una sgradevole interferenza, ma un'inevitabile condizione della vita stessa – in che modo condizionerà l'operare dei terapeuti? E ancora, l'idea psicoanalitica di ripetizione è destinata ad influire su una visione rigidamente deterministica dell'operare umano o è possibile ipotizzare che, sulla scorta di alcune riflessioni freudiane, il passaggio dal processo primario al processo secondario permetta, in una certa misura, alcune quote sostenibili di svincolamento dalla ripetizione stessa?

Come si vede i temi sono molto numerosi e un approccio basato sul cogliere l'essenza, e non soltanto una trasmissibilità pura e semplice, arricchisce enormemente il campo. È possibile immaginare una formazione che si ponga questo problema? Una formazione, cioè, che sia, in senso filosofico, sufficientemente critica e consapevole di se stessa?

2. Un secondo punto riguarda l'intreccio fra discipline. Abbiamo cominciato questo lavoro sottolineando la complessità del campo psichiatrico e la difficoltà di orientarsi fra scuole diverse, spesso in feroce concorrenza fra loro, con gl'inevitabili contraccolpi di tipo identitario, d'intolleranza e di critica aprioristica.

Come superare questa grave spinta alla frammentazione? È possibile immaginare attività formative che, oltre a trasmettere nuclei concettuali di fondo del proprio approccio, si avvicinino anche ai bordi del campo, in quei punti, cioè, in cui l'approccio sfiora altri modi d'osservazione del campo stesso? È possibile cioè non contrapporre ad esempio lo psicologico all'organico, il sogno al reale, il poetico all'argomentativo e studiare la linea in cui i diversi piani s'incontrano, per conoscerne meglio interazioni e effetti reciproci?

Per dare un esempio, vorrei, molto rapidamente, elencare alcuni temi, che definirei traversali, il cui approfondimento implica cioè un attraversamento di aree diverse, ma convergenti.

Un primo esempio potrebbe essere la memoria. La concezione psicoanalitica della memoria ha tratto un enorme vantaggio dalle conoscenze relative alla memoria procedurale, alla memoria implicita, alla memoria traumatica. È possibile correlare i dati offerti dalla clinica psicoanalitica con quelli offerti dalle neuroscienze e affrontare, con corag-

gio, convergenze e divergenze, conferme e disconferme, diramazioni e sviluppi?

Un altro tema ci è dato dal trauma. I dati delle neuroscienze sul trauma, correlati con quelli offerti dagli studi sul bambino della psicologia evoluzionistica, sono ricchissimi. Altrettanto ricchi sono i dati offerti dagli approcci biologici, e dal modo con cui il nostro corpo registra e fa persistere le sue reazioni al trauma stesso. È possibile correlare gli studi freudiani e dei successori di Freud sulla coazione a ripetere, con i dati offertici dalle scoperte relative a un'iscrizione rigida dell'esperienza traumatica nella psiche umana?

Un terzo campo potrebbe riguardare la sessualità. La sessualità sembra un campo che viene sempre più circoscritto e di cui si nega sempre più l'influenza pervasiva che, all'inizio della psicoanalisi, essa sembrava esercitare sulla totalità dell'apparato psichico. Ma è davvero tutto così scontato? Possiamo veramente dire che non crediamo più nella sessualità infantile? E in che modo sessualità, sensualità e tenerezza si intrecciano nel bambino e nell'adulto, in che modo sessualità e amore coincidono, divergono, lottano fra loro, s'incontrano e si scontrano?

Un altro tema è quello dell'empatia. Le recenti scoperte sulle nuove funzioni celebrali hanno gettato una luce inaspettata sulle modalità con cui gli essere umani si conoscono gli uni con gli altri. In che modo la psicoanalisi può arricchire i dati offertici dalle nuove conoscenze e viceversa? I comportamenti imitativi, di cui sembra che il nostro cervello abbia bisogno per conoscere l'attività mentale di un'altra persona – come ci dicono gli studi sui neuroni specchio –, sono indispensabili, totalizzanti, parziali, hanno bisogno d'inibizioni, ampliamenti, in che modo sono influenzati dal trauma, dalla violenza e dalle sorprese?

Ho elencato alcuni temi che – come si vede – sono più temi di ricerca che di formazione. Ma l'idea che vorrei proporre è proprio questa: la formazione sia sempre in qualche modo consapevole di stare toccando alcuni limiti e che anche la persona più inesperta tragga vantaggio, non solo dall'imparare una tecnica, ma anche dal conoscere le premesse da cui questa tecnica deriva e le implicazioni operative che essa fa nascere.

3. Un ultimo punto riguarda il linguaggio.

Nella grande maggioranza dei casi, la formazione utilizza un linguaggio tecnico. Ogni disciplina si è costruita un suo gergo, con lo scopo indiscutibilmente valido di usare termini precisi, che veicolino significati delimitati e che non inducano confusione nel gruppo d'appartenenza di chi li usa. Non c'è ormai conferenza o seminario, in cui il conferenziere non usi ausili visivi o schemi didattici. Non c'è dubbio che, in assenza di questi ausili, il messaggio venga reso più

vago, l'attenzione possa distrarsi e il mantenimento dell'acquisizione sia reso più difficile.

Per altro, l'uso esclusivo di un linguaggio tecnico corre il rischio di lasciare che tutto il discorso si svolga in un'area delimitata e circoscritta, resti per così dire parallelo al mondo di chi ascolta e non penetri più in profondità nel suo fondo emozionale. Non c'è dubbio, infatti, che il linguaggio ordinario abbia, se usato con consapevolezza e delicatezza, un immenso potere evocativo, e la capacità di collegare l'ascoltatore non soltanto a ciò che ascolta, ma a ciò che lui o lei stessa ha sentito in passato, e permettere di provare che, ascoltando un seminario formativo, si sente parlare non soltanto di qualcosa, ma ancor più di se stessi. È possibile usare un linguaggio che induca questa direzione centripeta, oltre che centrifuga, che costringa l'ascoltatore a sentirsi convocato, messo in gioco, spinto ad interrogarsi?

Si potrebbe dire che questo è il compito del linguaggio poetico, del linguaggio cioè che determina nuove aggregazioni di immagini e di percezioni sensoriali e che permette di cogliere una realtà, che sta – per così dire – dietro le quinte della percezione abituale, che tutti noi conosciamo nella vita quotidiana. Ma penso si possa dire che, anche senza arrivare al linguaggio poetico, che non a tutti è accessibile, già il tentativo di esprimere il linguaggio dell'esperienza personale, nei concetti che si trasmettono nel corso della formazione, possa suscitare un'area conoscitiva, una serie di domande, un'autointerrogazione, in certi momenti una commozione, un'apertura, una sorpresa che altrimenti rimarrebbero implicite o addirittura negate.

Richiamerei allora per concludere i tre punti che ho appena proposto. I modelli dovrebbero implicare, nel momento della loro trasmissione, anche, in una certa misura, la critica di se stessi, nel senso cioè di rendere esplicite le premesse da cui derivano.

In secondo luogo, ci vorrebbe il coraggio di utilizzare i punti o le linee in cui le discipline si incontrano, per coglierne gli effetti d'illuminazione e d'ombreggiamento, di conferma e disconferma.

Infine un linguaggio ordinario, comune, umano, dovrebbe aggiungersi a quello tecnico, per favorire una visione binoculare, un effetto di figura-sfondo, in cui il linguaggio scientifico, il linguaggio ordinario e, laddove sia possibile, il linguaggio poetico si movimentino l'un l'altro, in un gioco di rimandi.

Tutto questo può sembrare un po' utopico, ma in fondo si tratta d'un'utopia feconda, che può spingerci verso realizzazioni ulteriori e non lasciarci in una sterile idealizzazione.

## BIBLIOGRAFIA


Arendt H.: *Vita activa. La condizione umana*. Bompiani, Milano, 1994

Basaglia F.: *L'istituzione negata.* Einaudi, Torino, 1968

Benvenuto S.: *L'interpretazione e il reale*. RIVISTA ITALIANA DI GRUPPOANALISI, 1998, XIII, 3-4 dicembre: 7-46

… : *Franco Basaglia e il movimento psichiatrico anti-istituzionale in Italia*. PSICHIATRIA E PSICOTERAPIA, 2005, 24: 3

… : *Memoria e desiderio*. PSICOTERAPIA E SCIENZE UMANE, XXXIX, n. 4. Franco Angeli, Roma, 2005

Boccanegra L.: *L'origine condivisa: il gruppo dei colleghi come interlocutore appropriato nei casi difficili*. In Correale A., Rinaldi L.: *Quale psicoanalisi per le psicosi?*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997

… : *La "poltrona vuota": l'elaborazione controtransferale attraverso il gruppo dei colleghi*, in Gaburri E. (a cura di): *Emozione ed interpretazione.* Bollati Boringhieri, Torino, 1997

Boccanegra L., Magrini M., Milella M.: *Autocredibilità insatura. L'apporto del gruppo dei colleghi all'elaborazione controtransferale dell'analista impegnato con pazienti psicotici*, in Rinaldi L. (a cura di): *Stati caotici della mente*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003

Callieri B.: *Quando vince l'ombra.* Ed. Universitarie Romane, Roma, 2001

Cimino C.: *La psicosi e il continuo*. RIVISTA DI PSICOANALISI, 2003, XLIX, 1 gennaio-marzo

… : *Il vuoto necessario*. RIVISTA DI PSICOANALISI, 2005, XXI, 1 gennaio-marzo: 19-31

Correale A.: *Il lavoro d'équipe*, in Berti Ceroni G., Correale A. (a cura di): *Psicoanalisi e psichiatria.* Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999

… : *La narrazione in psichiatria*. PSICOTERAPIA PSICOANALITICA, Anno XI, 2 luglio-dicembre: 101-116. Edizioni Borla, Roma, 2004

Di Petta G. (a cura di): *Nella terra di nessuno. Doppia diagnosi e trattamento integrato: l'approccio fenomenologico*. Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2009

DSM IV: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali.* Massone, Milano, 1996

Ferruta A.: *La psicoanalisi fuori dalla nicchia ecologica. A contatto con le patologie gravi nelle Istituzioni*, in Rinaldi L. (a cura di): *Stati caotici della mente.* Raffaello Cortina Editore, Milano, 2003

Freud S.: *Beyond the pleasure principle. The Standard Edition,* XVIII. The Hogarth Press, London, 1920

… : *The questions of lay analysis*. *The Standard Edition,* XX. The Hogarth Press, London, 1926

Hadot P. : *Exercices spirituaels et philosophie antique.* Edition Albin Michel, Parigi, 2002. Trad. it.: *Esercizi spirituali e filosofia antica*. Piccola Biblioteca Einaudi, Torino, 2005

Hinshelwood R.D.: *Suffering Insanity. Psychoanalytic Essays On Psychosis.* Routledge, London, 2004

Husserl E.: *Fenomenologia e psicologia.* Filema, Napoli, 2003

Jaeger W.: *La formazione dell'uomo greco*. La Nuova Italia, Firenze, 1936

Jaspers K.: *Psicopatologia generale*. Il pensiero Scientifico, Roma, 1964

… : *La fede filosofica*. Cortina, Milano, 2005

Kaës R. (1986). *Le group comme appareil de transformation*. REVUE DE PSYCHOTHER. PSYCHANAL. DE GROUP, 1986, 5-6

Koirè A.: *Dal mondo chiuso all'universo infinito.* Feltrinelli, Milano, 1970

Meares R.: *A Poetics of change*. PSYCHOANALYTIC DIALOQUE, 2005, XV, 5 October: 661-680

Polenz M.: *L'uomo greco* (1947). Firenze, 1962

Racamier P.C.: *Le soin institutionel des psychotiques : nature et fonction*. L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE, 1970, 46,8

Russo S.: *Il lavoro psichiatrico d'équipe: alla ricerca di uno spazio di pensiero per le patologie gravi*. In Correale A., Rinaldi L.: *Quale psicoanalisi per le psicosi?*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997

Speziale Bagliacca R. (a cura di): *Formazione e percezione psicoanalitica.* Feltrinelli, Milano, 1980

Van Der Kolb B.A. *et al.*: *Traumatic Stress.* The Guilford Press, New York, 1996

Vigorelli M.: *Integrated theoretical/clinical and organizational models for the institutional treatment of* psychosis, in Pestalozzi, Frish, Hinshelwood: *Psichoanalytic Psychotherapy in Institutional Settings.* London, Karnac Books, 1998

Zapparoli G.C.: *La paura e la noia.* Il Saggiatore, Milano, 1979

Prof. Antonello Correale
Via Delle Isole, 22
I-00198 Roma

# FENOMENOLOGIA E PSICOTERAPIA: UNA RICERCA SUL CONTRIBUTO DELLA RIVISTA COMPRENDRE

N. DELLADIO

Il presente contributo vuole essere un vero e proprio tratteggio e insieme una sottolineatura dei passaggi più significativi che hanno riguardato la ricerca per la mia tesi di laurea in psicologia, discussa presso l'Università di Padova nel giugno del 2005.

Ho voluto mantenere questo lavoro il più possibile aderente al percorso originariamente tracciato, con una tensione rivolta all'inaspettato, al non ancora accaduto; consapevole che se fossi riuscito a trovare la piattaforma sottostante a quello che considero sempre più come un mezzo, uno strumento generativo di cambiamento, trans-formativo, curativo e quindi in definitiva terapeutico, sarei riuscito nell'impresa di *con-fidare* in una fenomenologia declinabile terapeuticamente e *con-fermare* ancora una volta, con Lorenzo Calvi, che fenomenologia è psicoterapia.

## I. NASCITA E SVILUPPO DELLA RIVISTA COMPRENDRE

Sono passati diciotto anni dal 1988, anno in cui, grazie all'impulso e allo slancio personale del prof. Lorenzo Calvi, nasce la rivista COMPRENDRE che si presenta con la finalità primaria di «far incontrare in una medesima pubblicazione i cultori dell'antropologia e della psico-

patologia fenomenologiche, abituati a disperdere i loro contributi in varie sedi»[1]. Successivamente questo stesso proponimento si rende evidente con la modifica del sottotitolo: da *Archive International pour l'Anthropologie Phénoménologique* (numero 7, 1994), COMPRENDRE diventa, a partire dal numero 8 (1998), *Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques*. Lo stesso anno, quattro anni dopo la costituzione della Società Italiana per la Psicopatologia (S.I.Psp.) (3 novembre 1994), l'avvenuto cambiamento del sottotitolo con l'aggiunta della dicitura *et la Psychopathologie* sta a indicare che «gli strettissimi rapporti tra COMPRENDRE e la Società e la comunanza dei loro interessi hanno portato a far sì che da questo numero COMPRENDRE si presenti come "organo ufficiale" della Società stessa» (Calvi, 1998, p. 5). Calvi conosce personalmente molti studiosi affascinati dal rapporto indisgiungibile che lega la prassi psichiatrica e/o psicopatologica alla fenomenologia sia in Italia che all'estero, in Francia specialmente, dove lo porta di preferenza la conoscenza della lingua. Volendo dare un taglio internazionale alla rivista egli decide per un titolo in francese, che richiama un articolo molto conosciuto di Henry Maldiney. Fin dall'inizio la rivista è aperta sia a psichiatri che a filosofi e pubblica testi in italiano, in francese ed in inglese. Calvi non incontra nessuna difficoltà nell'ottenere la collaborazione di personaggi celebri come H. Tellenbach, R. Kühn, A. Vergote, F. Barison, G. Lantéri-Laura e altri. I primi quattro numeri vengono dattiloscritti, fotocopiati e distribuiti in un centinaio di copie a spese del fondatore. Poi Calvi decide di affrontare l'avventura della stampa e si appoggia così, per un paio di numeri, alla RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIATRIA, che accetta di pubblicare e distribuire COMPRENDRE ai suoi abbonati come supplemento. Per questi numeri interviene il sostegno economico d'una banca e di alcune ditte farmaceutiche, ma poi questo appoggio viene meno. Quando COMPRENDRE diviene organo ufficiale della Società Italiana per la Psicopatologia si affida per la distribuzione alla rivista PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA. Questi rapporti si comprendono meglio pensando che la Società suddetta, ideata e tutt'ora presieduta dal prof. Arnaldo Ballerini, conta tra i suoi soci fondatori lo stesso Calvi e il direttore di PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA, il prof. Giovanni Gozzetti. La stessa rivista è stata fondata nel 1963 dal prof. Ferdinando Barison, uno dei più illustri rappresentanti del movimento antropofenomenologico in Italia. Da alcuni anni COMPRENDRE esce con un fascicolo all'anno; viene stampato in circa 500 copie presso la tipografia La Garangola di Padova.

[1] Calvi L., comunicazione personale.

## II. LEGITTIMITÀ DELL'ADOZIONE DI UN ORIENTAMENTO FILOSOFICO NELLA PRASSI PSICHIATRICA: LA POSIZIONE ASSUNTA DA COMPRENDRE

Su questo argomento comincerò con l'analizzare il contributo dato al problema epistemologico nella "soluzione" proposta da Arnaldo Ballerini; la sua è una prospettiva che potremmo definire "clinico-psicopatologico-nosografica". L'obiettivo è quello di sviluppare il tema del "rapporto fra approccio fenomenologico e biologico in psichiatria" (Ballerini, p. 9), riferendosi nel farlo, alla «rigorosa indagine di Husserl sui fatti e fenomeni manifesti nella coscienza lungo il percorso del conoscere, e in particolare al modello epistemico che dobbiamo al pensiero di Gadamer […]» (*ibid.*). A. Ballerini ritiene (pp. 9 e 10):

«1) che una volta evidente che la nosografia psichiatrica convenzionale è un compagno inaffidabile non solo per la terapia ma anche per la ricerca biologica […] il piano di riferimento che resiste sia quello della psicopatologia e della sua vocazione trans-nosografica;

2) che, a un livello più teorico, la vecchia divaricazione-opposizione diltheyana fra Scienze della Natura e Scienze dello Spirito, come del resto quella jaspersiana fra *Erklären* e *Verstehen*, ha mostrato continui varchi e passaggi e non è più sostenibile una secca dicotomia […];

3) che la indispensabile pluralità dei metodi di ricerca in psichiatria ed il loro rinvio a saperi specialistici diversi, riguardi appunto delle tecniche, ma comporti tuttavia una unitaria cornice, comune del resto ad ogni conoscere, che proprio perché in comune ne permette e ne rende necessaria la loro integrazione, in una virtuosa complementarità fra ricerca fenomenologica e ricerca empirica. […] Il nostro modo di procedere nella conoscenza implica comunque un "circolo ermeneutico" nel quale si verifica, che il ricercatore ne sia consapevole o no, un continuo reciproco passaggio e rinvio fra pre-cognizioni generalizzanti, o, per chiamarle con il loro nome, "intuizioni eidetiche di essenza", e la loro verifica o invece disconferma mediante i dati della ricerca empirica».

Secondo Ballerini «la scientificità è proprio garantita non dalla impossibile assenza di preconcetti e precognizioni generali, ma dalla consapevolezza dei sentieri eidetici che ci hanno condotto alle precognizioni e dalla disponibilità a cambiarle nell'urto con i dati empirici, se ciò lo rendesse necessario. […] Noi interpretiamo gli eventi solo sullo sfondo di presupposti e preconcezioni inevitabili e necessarie all'attività stessa del conoscere. Così facendo ci muoviamo all'interno del "circolo ermeneutico"[…]» (p. 13).

Enzo Agresti, su COMPRENDRE 12 (2002), segue un tracciato non dissimile da quello seguito da A. Ballerini; nel suo intervento dal titolo

*Psichiatria clinico-nosografica e psichiatria fenomenologica: un confronto* l'Autore parte da una considerazione evidente alla quale fa seguire un interrogativo pressante: «la psichiatria fenomenologica può essere considerata, dopo decenni dalla sua nascita, come una modalità di indagine ormai affermata e codificata nell'ambito della psichiatria […] ma possiamo affermare che essa abbia il suo fondamento in un metodo di ricerca che possa essere riferito ad una "validità scientifica"?» (p. 11). Un primo livello di analisi prende in esame la psichiatria *tout-court*, poiché la sua esigenza «d'indagine si trova di fronte ad un'*impasse* non facilmente superabile. Da un lato, per la necessità di aderire quanto più possibile ai criteri di chiarezza e rigorosità, essa si rivolge al metodo empirico-analitico identificando quelle entità definibili come sintomi e costruendo, per via addizionale, modelli definiti come sindromi; dall'altro lato emerge l'esigenza di ricercare il senso e il significato di quelle manifestazioni in quanto indicative d'una peculiare modalità personale di vivere e di rapportarsi al "mondo" e agli altri, e questo implica l'applicazione del metodo ermeneutico» (p. 13). Secondo Agresti, rimanendo aderenti al piano epistemologico, con il metodo empirico-analitico la psichiatria va incontro a un errore: la «modificazione dell'essenza dell'"oggetto" della ricerca in quanto si oggettivizza un dato che è esclusivamente soggettivo; […] La concordanza tra metodo e oggetto sarebbe indiscutibile se il sintomo potesse essere messo in relazione con un sicuro substrato biologico, ma la psichiatria biologica, almeno al momento attuale, è ben lontana dal consegnarci risultati sicuri ed esaustivi. Ne consegue che, limitandoci solo al problema epistemologico, la psichiatria clinico-nosografica non soddisfa il criterio di scientificità» (*ibid.*). Per quanto riguarda invece una migliore collocazione e definizione di che cosa si intenda con metodo ermeneutico, Agresti sostiene che l'epistemologia in questo caso non ci è molto d'aiuto nel definire i parametri specifici di "scientificità"; questo perché più che un metodo l'ermeneutica sembrerebbe includere una «molteplicità di metodi con parametri di riferimento molto diversi e qualche volta perfino contrastanti» (p. 14). Un secondo livello di analisi riguarda più specificatamente la psichiatria fenomenologica: ecco che, dopo aver sostenuto che «nell'ambito della psichiatria fenomenologica esistono due "anime" spesso commiste o sovrapposte, una filosofica e letteraria, l'altra più scientifica e inferenziale» (*ibid.*), l'autore fa un passo ulteriore quando afferma che la psichiatria fenomenologica «si avvale di una epistemologia soggettiva, che ha il suo fondamento filosofico nel pensiero di Husserl e di Heidegger. Da costoro deriva la metodologia fenomenologica come indagine della soggettività trascendentale. […] Il problema, che qui si pone, è quanto questa impostazione

epistemologica husserliana possa conciliarsi con la nosografia della clinica, che ovviamente ha il suo fondamento in una epistemologia oggettiva, di solito accettata come premessa necessaria per qualsiasi discorso che possa definirsi scientifico» (pp. 14 e 15). E qui il pensiero di Agresti si pone un altro interrogativo seguito da una prima possibile risposta: «può costituirsi una nosografia sulla base esclusiva della psichiatria fenomenologica? […] Nella psichiatria fenomenologica si può, a dispetto della contraddizione in termini, condurre uno studio oggettivo della soggettività procedendo all'identificazione di strutture, che sono aspetti fondanti dell'essere persona in quanto soggettività trascendentale. Le strutture categoriali dell'esistenza e della costituzione del rapporto trascendentale soggetto-oggetto, io-mondo, possono essere indicate in alcuni parametri di riferimento» (p. 16). Fra queste vengono elencate quelle più frequentemente accettate ed utilizzate: «l'intenzionalità […], l'identità (personale) […], la temporalità assieme alla spazialità e alla corporeità […], l'intersoggettività […], l'aderenza al reale […], l'atteggiamento naturale (Husserl) […], l'evidenza naturale (Blankenburg) […], il rapporto affettivo con la realtà […], la costruzione di un "mondo" […]» (pp. 16-18, 20 e 21). È quindi possibile, ci si chiede infine, una "nosografia fenomenologica?" (p. 23). Emergono a tal proposito alcune difficoltà teoriche difficilmente superabili; Agresti però si risolve a fornirci una soluzione "pragmatica", "operazionalizzabile": difatti «gli psichiatri, qualunque sia il loro riferimento teorico, utilizzano, nel loro operare, la terminologia classificatoria; coloro che adottano il metodo fenomenologico la usano sia come primo approccio, sia come riferimento semantico nelle loro esposizioni. Essi usano la nosografia in modo strumentale ed operativo e questo in relazione anche allo scopo di farsi intendere e comunicare. In ogni caso essi evitano, di solito, la parcellizzazione diagnostica (attualmente in voga) e si attengono alle classiche distinzioni diagnostiche delle psicosi. Se si vuole si tratta di un compromesso per cui […] la psichiatria può essere inserita tra le scienze "atipiche", che utilizzano e mescolano sia il metodo empirico-analitico, sia il metodo ermeneutico. È consequenziale che il problema epistemologico rimanga irrisolto» (pp. 24 e 25). Le conclusioni a cui perviene l'autore sono pertanto le seguenti:

«1) La psichiatria clinico-nosografica può fungere solo come organizzatore prassico, operativo e, a suo modo, comunicativo.

2) La psichiatria fenomenologica, più valida sul piano epistemologico, costituisce il fondamento di un'autentica psicopatologia; tuttavia, sia per la sua intrinseca natura, sia perché fino ad oggi non è in possesso di strumenti semantici e comunicativi adeguati, non è in grado di assumere un assetto nosografico.

3) L'integrazione tra i due piani di indagine risulta, al momento attuale, problematica per cui non può esserne accettata che una applicazione parallela. La nosografia attuale potrebbe accettare un'indicazione semantica e propedeutica da parte della psichiatria fenomenologica.

4) Sul piano teorico sarebbe auspicabile la creazione di una terminologia fenomenologica, che potesse costituire una propria nosografia integrabile con la clinica. Anche questa possibilità appare piuttosto utopica e di difficile realizzazione» (pp. 27 e 28).

La "scuola padovana" ha come maestro riconosciuto la figura di Ferdinando Barison. Qui di seguito cercherò di seguire il filo d'Arianna del suo pensare attraverso due fra i più significativi contributi apparsi su COMPRENDRE. Precisamente mi riferirò a *La psichiatria tra ermeneutica ed epistemologia* (1990) e a *Una psichiatria ispirata a Heidegger* (2001). «Chi abbia qualche esperienza diretta di psichiatria e di psichiatri […] sa che c'è una "filosofia degli psichiatri", che li orienta, sia pure con innumerevoli variazioni, secondo due poli. Alcuni considerano la psichiatria una scienza della natura, altri cercano di coglierne l'essenza come scienza dello spirito» (1990, p. 27). Il grande psichiatra indica di seguito il senso che la parola ermeneutica assume nel suo particolare discorso: «fare dell'ermeneutica è quell'interpretare, quel trovare significati negli eventi psicopatologici, […] il "comprendere" (*Verstehen*) nella lezione di Jaspers, opponendolo allo "spiegare" (*Erklären*) proprio del pensiero causalistico. […] La letteratura ermeneutica è paurosamente complessa e la dicotomia, che io propongo nel titolo, è volutamente schematica, giacché il mondo della patologia psichica mostra due versanti. Da un lato, attorno al polo "epistemologia" tutta una folla di termini: pragmatismo, empirismo, neopositivismo, filosofia analitica, ecc… che richiamano alle scienze della natura, alla causalità e, se si vuole, alla confutabilità. Dall'altra il mondo dei significati, delle interpretazioni, del dialogo, appunto, "ermeneutico"» (pp. 27 e 28). Barison ha presente la lezione di Gadamer, sostenendo che l'avvio delle sue riflessioni si rifà proprio alle pagine di *Verità e metodo* in quanto «il pensiero di questo "classico" si presta in modo particolare all'attenzione psichiatrica, soprattutto se questa si rivolge al "fuoco" dell'argomento, cioè a quel "dialogo ermeneutico", che ha una precisa corrispondenza nel colloquio clinico intrapreso dallo psichiatra. […] Una psichiatria ermeneutica è quella che cerca di comprendere i malati con i "come se" […] e con le metafore […]. Si tratta di una specie di giro avvolgente, che lo psichiatra tenta verso un nucleo, che resta indicibile, ma è altamente significativo. […] Questo nucleo indicibile, ma significativo, appartiene in fondo (se applichiamo i concetti

dell'ultimo Heidegger) al linguaggio non denotativo, al disvelarsi-nascondersi dell'essere, così ben simbolizzato nella "radura del bosco"» (pp. 27, 28 e 30). Ancora Barison: «l'ermeneutica quindi è storicizzazione. […] Oltre alla nozione di circolo ermeneutico […] un'altra nozione chiave è quella di dialogo ermeneutico, che si verifica nell'incontro del medico con il paziente. Nel dialogo ermeneutico non ci sono un soggetto ed un oggetto, ma c'è l'incontro di due orizzonti, che si fonde in un orizzonte nuovo, costituito da un cambiamento di entrambi nel momento dell'interpretazione: si verifica un "aumento di essere", come dice Gadamer. Questo accade […] quando tra paziente e psichiatra si attua una creazione di significati, nell'atmosfera della comprensione. *È ovvio, secondo me, che questo evento accomuna un esame clinico vero e proprio ed un primo atto psicoterapeutico* [corsivo mio]. […] L'ermeneutica ci dice che dal dialogo clinico deve sorgere quella verità che è il nuovo orizzonte. […] A fronte d'una scena capitale "reale", che può anche non esserci stata, ciò che conta è la scena capitale, che il paziente ci fa vivere con lui» (pp. 31 e 32). Quest'ultimo passaggio, uno dei più coinvolgenti del suo *itinerario mentis*, condensa l'essenza stessa del "fare psicoterapia" come "*mission*" di vita: «l'interpretazione ermeneutica è quindi un evento, si colloca nel tempo ed ha una sua intima storicità, ma vi è anche la storicità delle verità successive degli eventi, cioè dei dialoghi stessi. E così si svolge la storia di un'esistenza. Questa storia, quando si svolge nel succedersi dei dialoghi tra il paziente e lo psichiatra, può essere in fondo la storia d'una psicoterapia» (*ibid.*). Infine, dopo aver affermato (con Gadamer) che l'ermeneutica è linguaggio e che il dialogo ermeneutico (e lo è quello psichiatrico) è presenza che parla, Barison accenna alla possibilità che questo linguaggio possa «avvicinarsi per successive allusioni, nell'esame clinico, all'indicibile, alla *Lichtung* (radura) heideggeriana» (*ibid.*). La conclusione emblematica è offerta dalle ultime tre righe di questo breve ma prezioso contributo: «mentre non c'è filosofo che non si preoccupi del senso della follia, una psichiatria "scientifica", che rifiutasse la verità ermeneutica dei messaggi lanciati dai malati, priverebbe l'universo degli uomini d'un aspetto fondamentale di esso» (*ibid.*).

Il secondo articolo preso in esame ha per tema le influenze che sulla psichiatria barisoniana ha avuto la lettura delle opere di Martin Heidegger, in particolare dell'Heidegger post *Essere e Tempo*. «Arrivato al traguardo di un lungo cammino professionale, sono più che mai convinto che il dovere della psichiatria, tralasciando le competenze di diagnosi (non di "malattia" ma di modi di essere psicopatologici sufficientemente caratterizzati), sia di essere capace di comprendere che ogni malato è unico al mondo. Pertanto ho seguito le tracce di

Binswanger e della sua psichiatria, divulgata in Italia da Cargnello e ispirata ad *Essere e Tempo*» (2001, p. 19). Dopo questa premessa leggiamo di come «l'interesse per il "come" piuttosto che per il "perché" costituisce una sorta di slogan che apre allo psichiatra la strada alla comprensione e alla psicoterapia dei suoi malati. Sin dagli inizi non ho seguito che due fili conduttori: lo slancio verso il concreto *Dasein* di ognuno e l'interesse, ugualmente vivo e precoce, per la schizofrenia come modalità di esistenza. […]. Nella fondazione del *Dasein*, cioè dell'esistente, sono l'aprirsi e l'indietreggiare dell'essere […] a rischiarare l'esistente, come nella *Lichtung*, la radura. […] La nostra ricerca è quindi orientata verso l'essere; essa non mette in moto il pensiero causalistico, ma quello ermeneutico: essa costituisce, come dice Heidegger, la risposta al richiamo dell'essere» (pp. 20-22). Questo secondo contributo ci porta a comprendere come, nell'ultima fase del pensiero speculativo di Barison, l'interesse si sposti progressivamente dal piano ontico (l'esistenza) al piano ontologico (l'essere).

## III. PSICOANALISI E FENOMENOLOGIA

In questa sezione del mio lavoro cerco di far emergere la tendenza, il tracciato, che la rivista ha ritenuto opportuno delineare per configurare questo rapporto – che per certi versi possiamo definire (giocando un po' con i linguaggi) storicamente "anaclitico" – della fenomenologia nei confronti della "tecnica" psicoanalitica.

Partirò con l'analizzare il contributo di Gaetano Benedetti sul numero 5 di COMPRENDRE (1990). Possiamo dire che l'approccio di Benedetti, l'"abbraccio del controtransfert", come è stato definito, si presenta come *crocevia* tra fenomenologia (psicopatologia fenomenologica) e psicoanalisi, come di fatto afferma anche Gozzetti quando dice (1998, p. 64) che Benedetti «tanto ha dedicato e dedica alla comprensione e psicoterapia della schizofrenia, ponendosi come un vero ponte tra la psicoanalisi e la psicopatologia fenomenologica mitteleuropea». Benedetti ritiene che «il fatto veramente nuovo della psicoanalisi postfreudiana è la scoperta delle relazioni oggettuali, intese come ricerche primarie rivolte al partner da parte di un neonato tutt'altro che passivo, che convoglino non solo gratificazioni istintuali (pur sempre fondamentali) ma anche *informazioni imprescindibili alla formazione e all'accrescimento della propria identità, possibili solo nell'ambito intimo della dualità e traducentesi in strutture del proprio Sé*» (1990, p. 35). Nell'articolo citato vengono prese in considerazione le posizioni espresse da Fairbairn, Winnicott, Mahler, Kohut e Stern che tralascerò,

per necessità, di considerare nei singoli aspetti, per rifarmi semplicemente alla conclusione proposta (sono proprio le ultime righe scritte al termine della sua personale sintesi): «vi è, in psicoanalisi come in filosofia, e come in ogni scienza, il bisogno del nuovo, di superare i vecchi modelli in una ricerca di verità mai completa. Ma la verità degli antichi modelli sta nelle operazioni che abbiamo compiuto con essi, e nella loro capacità di venire integrati nei nuovi schemi di pensiero» (*ivi*).

Su COMPRENDRE 6 (1992) Wolfang M. Blankenburg si presenta con un lavoro dal titolo evocativo: *La psicoterapia degli schizofrenici come ambito di convergenza psicoanalitico-daseinsanalitica*. Blankenburg riassume in poche righe il movente che lo spinge in questa direzione: «questo breve lavoro ha carattere indicativo. Dimostra in che modo l'approccio daseinsanalitico e psicoanalitico si avvicinino nella psicoterapia degli schizofrenici. L'anello di congiunzione è costituito dall'accesso comunicativo all'essere diverso (*Anderssein*). La psicoanalisi (PSA), nel contesto dell'elaborazione del transfert, pone in primo piano l'identificazione parziale del terapeuta con il paziente, che rende possibile una controidentificazione. La *Daseinsanalyse* (DSA) ha creato premesse importanti per questo con il metodo della "comunicazione ermeneutica"» (p. 19). Sembra evidente in questa affermazione più di un punto di contatto con l'opera di Barison e di Benedetti, quest'ultimo citato dallo stesso Blankenburg che così procede: «vorremo analizzare solamente *che cosa* colleghi la DSA alla psicoterapia degli schizofrenici sviluppata in ambito psicoanalitico (da Federn, Sechehaye, Rosen, Boyer, Searles, Matussek e altri). Per prima cosa si tratta dell'impulso ermeneutico che trascende la dicotomia Nevrosi/Comprendere *versus* Psicosi/Spiegare, riconducibile a K. Jaspers, e con essa le conseguenti distinzioni terapeutiche: Benedetti parla di "modelli della comunicazione psichiatrica", Binswanger di una particolare forma di "comunicazione ermeneutica". Il termine "ermeneutico" comprende in questo contesto tutti i metodi che non vogliono "spiegare" (*erklären*) ma "comprendere" (*verstehen*). […] I metodi ermeneutici sono orientati fenomenologicamente» (pp. 19 e 20). Quello che Blankenburg ha svolto è stato quindi un tentativo di «ordinare le molteplici impostazioni metodologiche in uno spettro teso fra due poli. Si tratta di poli entro i quali esistono le più svariate transizioni, interferenze e ambiguità: in primo luogo si è cercato di delineare una polarità di impostazioni teorico-scientifiche, che si rispecchia in una corrispettiva polarità di concezioni terapeutiche. Per quanto riguarda il loro orientamento metodologico e la connessa impostazione soggettiva i due poli si comportano in modo antinomico ma anche complementare rispetto alla finalità di una psicoterapia medica […]. L'una o l'altra non dovrebbero

eliminarsi vicendevolmente, come spesso accade, ma in ogni singolo caso si dovrebbe valutare l'impiego dell'una o dell'altra, anche nella terapia dei pazienti schizofrenici. Proprio con questi pazienti una rigidità metodologica è del tutto fuori luogo» (p. 21). Dopo aver trovato la collocazione della psicoanalisi l'Autore ritiene altrettanto necessario rendere manifesto l'impiego della *Daseinsanalyse* per poi cercarne una possibile coniugazione; pertanto la *Daseinsanalyse* «va intesa come il tentativo di comprendere l'incontro con un uomo – per noi di regola è un paziente – nella globalità del suo *Da-sein*, del suo sentirsi vivere, sia sul piano trasversale del suo attuale sentirsi, del suo vissuto, del suo comportarsi, sia sul piano longitudinale del suo divenire, cioè del rapporto che ha con la sua provenienza e il suo avvenire e, se possibile, di aiutarlo ad andare avanti mediante il processo di comprensione» (*ibid.*). A questo punto l'Autore inizia a raccogliere gli elementi che avvicinano e che distanziano la *Psycho-analyse* dalla *Daseins-analyse*; quest'ultima ha «un atteggiamento più radicale perché sospende in un primo momento la posizione (ovvia sia per la psicoanalisi che per tutta la ricerca positivista) di una realtà oggettivamente esistente; per quanto riguarda la tecnica, la *Daseinsanalyse* si ispira invece alla psicoterapia sviluppata dalla psicoanalisi. Le differenze essenziali sono state evidenziate altrove» (p. 23). Cosa differenzia infine la psicoanalisi dalla *Daseinsanalyse*? Blankenburg sembra muoversi cautamente: «la psicoanalisi inizia subito con la traduzione della sintomatologia, considerata un linguaggio cifrato del paziente, mentre la *Daseinsanalyse* innanzitutto cerca di trasferirsi, senza preconcetti, nell'alterità della relazione del paziente con se stesso e con il mondo. È possibile tuttavia non radicalizzare le differenze tra DSA e PSA se si tengono presenti le forme di terapia sviluppate da G. Benedetti, Chr. Müller e altri, che (in fondo) tendono allo stesso scopo» (*ibid.*).

L'ultimo contributo oggetto della mia attenzione sarà ora quello di Mauro Manica su COMPRENDRE 8 (1998); il respiro ampio e il tono pacato di cui si avvale questo scritto sono sicuramente le caratteristiche più significative di questo lavoro che 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» (p. 83). Manica ha chiaro fin dal titolo l'argomento che vuole dibattere;

ai due poli che solitamente vengono considerati, quello fenomenologico e quello psicoanalitico, egli ne affianca un terzo, quello che si rifà al piano più strettamente biologico, organico; un ulteriore elemento di possibile integrazione in quell'orizzonte di pratiche complesse che è la psichiatria; naturale, ragionando attorno a questi temi, la risonanza con le parole espresse dal Dalle Luche (1998, p. 127) secondo il quale «manca, cioè, una vera cultura terapeutica *integrata* (composta da più parti), *integrante* (che avvicina e non separa dal mondo della follia), *integra* (non parziale, non mancante)». A patto, diremo noi, che se da una parte la scelta di un modello monoparadigmatico non è più accettabile, non si ricada dall'altra nell'uso di un selvaggio eclettismo metodologico[2]. Il ragionare di Manica ritengo avanzi in questa direzione dal momento che «ogni psichiatria dovrebbe essere un colloquio, un confronto dialettico tra punti di vista e prospettive epistemologiche integrabili» (Manica, p. 84). Secondo tale logica, conclude Manica, «l'intenzione comunicativa rappresenta la sola disposizione che siamo in grado di assumere con 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* […] significa già fare terapia. […] 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

[2] Per altra via possiamo affermare sempre con Dalle Luche che «la psichiatria oggi può tamponare, arginare, limitare il potenziale devastante dei disturbi psichici e che questo può avvenire soprattutto attraverso una riformulazione di tecniche di intervento che rendano finalmente desueta la distinzione tra psichiatrie *brainless* e *mindless*, entrambe destinate alla sterilità. Si va verso una definizione esatta delle aree in cui i due paradigmi fondanti, il neurochimico e il relazionale, si sovrappongono, ed in cui la giustapposizione dello sguardo fenomenologico, della gestione degli effetti farmacologici, delle ingiunzioni comportamentali e della capacità di soppesare il valore affettivo e linguistico della relazione col malato costituirà il bagaglio tecnico di ogni psichiatra» (*ibid.*).

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), che la paranoia non esiste (come diceva Ernst Kretschmer), ma esistono gli schizofrenici, esistono i paranoici, esiste una relazione che definiamo schizofrenica o paranoica anche per il modo con cui la incontriamo. E ogni diverso incontro dà una diversa articolazione di senso a quella persona che definiamo schizofrenica o che definiamo paranoica» (pp. 85, 94 e 95).

## IV. Fenomenologia è psicoterapia: la "visionarietà" di Lorenzo Calvi

*Fenomenologia è psicoterapia* è un esplicito richiamo all'articolo omonimo con cui Lorenzo Calvi interviene su Comprendre 10 (2000). A tal proposito, prima di affrontare il cuore dell'argomentazione, ritengo sia indispensabile riportare alla memoria quanto Calvi già nel 1994 affermava dalle pagine di Comprendre 7. La forma dell'intervento, *In tema di accanimento terapeutico – Un dibattito e un esercizio fenomenologico (con interventi di Alfredo Civita e di Alberto Giannelli)*, è una sorta di botta e risposta, in presa diretta per così dire, con Alfredo Civita e Alberto Giannelli. Calvi comincia col domandarsi quanto sia lecito eliminare sul nascere ogni manifestazione psicopatologica attraverso un uso indiscriminato dei farmaci, prosciugando così «una sorgente di espressività qualunque essa sia. E se sia moralmente valido, al di là di ogni opportunità di controllo sociale e di riordino individuale, togliere ad una persona ciò che la mette, sì, "fuori di sé", ma anche "al di sopra di sé", al di sopra della sua ovvietà, della sua banalità, della sua sostanziale miseria» (1994, p. 15) e prosegue introducendo elementi riguardanti il suo modo di intendere l'arte psicopatologica attraverso quelle che lui chiama *visioni*, ovverosia «quelle illuminazioni improvvise (chiamate intuizioni nel linguaggio comune), che ci si offrono nella veglia più o meno spesso e più o meno a lungo e che ci mostrano le cose con l'alone di un significato diverso da quello ricorrente nell'uso quotidiano, mettendo in evidenza che il senso è plurimo ed è quindi al di là della forma e non agganciato univocamente ad essa» (p. 17). La *visione* di cui parla Calvi è quella *eidetica* comune ai "sani" come ai "malati" cosicché «sarebbe allora più facile […] pensare che la comprensione del malato è sollecitata non tanto dalla nostra capacità di immedesimarci in lui o d'interpretarlo, quanto dalla consapevolezza di essere tutti potenzialmente immersi nella medesima sfera della visiona-

rietà. Se si entrasse in questo ordine di idee, verrebbe meno l'accanimento terapeutico nell'annullare la produzione visionaria dei malati. Lo psicofarmaco verrebbe ridimensionato al contenimento delle manifestazione motorie. Il momento principale dell'incontro col malato sarebbe veramente l'*ascolto* [corsivo mio]. […] Il malato si sente compreso quando avverte che noi non lo releghiamo nell'insignificanza. Noi possiamo far questo se impariamo a lasciare spazio alla nostra stessa visionarietà, facendoci così disponibili alla significazione plurima» (pp. 17 e 18).

Fin qui Calvi: ora è la volta degli interrogativi e delle obiezioni mosse da Civita. Prima di andare oltre vorrei sottolineare l'uso che viene fatto del termine *visione* collegato evidentemente al senso della "vista" seguìto subito dopo dal termine *ascolto* di pertinenza di un altro senso: l'"udito"; vista e udito sono quindi in relazione e vedremo più sotto in che misura, essendo ancora Calvi a chiarirlo. Civita è sostanzialmente d'accordo con quanto il fondatore di COMPRENDRE viene sostenendo; la tesi secondo cui è fondamentale una prima fase di accettazione e di ascolto del malato, la messa fra parentesi di qualsiasi interpretazione riguardante le manifestazioni psicotiche affinché vi sia reale condivisione, trova Civita completamente d'accordo; in un punto però si trova a dissentire e precisamente quando partendo dall'interrogativo se «l'ascolto fenomenologico è già esso stesso un atto terapeutico o non lo è ancora?» (p. 19) è lui stesso che vi risponde in modo dicotomico puntando sulla distinzione di due diversi modi di attuazione (declinazione) dell'ascolto fenomenologico; «in base al primo modo, ascolto e osservazione sono intesi come un coglimento assoluto, aprospettico e afinalistico delle strutture fenomenologiche dell'oggetto, vale a dire del mondo psicopatologico del paziente» (Civita, *ibid.*)[3].

Questo primo modo di concepire l'attitudine fenomenologica non è condiviso da Civita; i dubbi sulla liceità dell'adozione di un simile sistema conoscitivo sono rivolti «in primo luogo […] alla possibilità di fare realmente tabula rasa dentro di sé, purificandosi di ogni pregiudizio. […] In secondo luogo […] alla possibilità e all'opportunità di un ascolto afinalistico e contemplativo. Oltre a essere necessariamente prospettico e relativistico, l'ascolto […] è anche sempre necessaria-

[3] Mentre i termini *assoluto* e *aprospettico* non necessitano di una ulteriore chiarificazione in quanto il loro significato è intuibile e generale, il primo risuona come il tentativo di raggiungere una conoscenza vera e il secondo come lo stesso tentativo nella direzione della libertà, non così si può dire per il terzo; con *afinalistico* Civita intende l'idea che l'ascolto fenomenologico non è ancora un atto terapeutico, finalizzato a una decisione, ma è qualcosa di molto più contemplativo e disinteressato.

mente inserito in un processo intersoggettivo e interattivo al cui interno sia il paziente che il terapeuta sono interamente in gioco, con il loro pensiero, con i sentimenti, con la loro faccia. Tutto questo qualifica l'ascolto preliminare come un atto già inserito nel processo terapeutico, e sarebbe pura finzione negarlo. […] Al comprendere corrisponde un sentirsi compreso. E questo, ovviamente, è già un movimento all'interno del processo terapeutico» (pp. 19 e 20). Ecco che allora l'ascolto fenomenologico nella seconda declinazione «è già un atto terapeutico, sia nel senso che il terapeuta fa in concreto terapia per il semplice fatto di ascoltare, sia nel senso che l'ascolto fenomenologico è necessariamente finalizzato a una decisione terapeutica. […] Le risonanze generate nella mente del terapeuta dal discorso del malato non possono non attivare un processo mentale volto a una comprensione clinica del caso e a un'ipotesi terapeutica. La comunicazione *visionaria* tra terapeuta e paziente non è un atto di conoscenza clinica e tuttavia genera una conoscenza clinica» (p. 21).

Al di là di questo personale confronto, prima cioè di proseguire con la replica di Calvi, credo sia importante rilevare come la distinzione proposta da Civita tra due diversi tipi di "ascolti fenomenologici" sembra difficilmente sostenibile e come serva, al più, a ingenerare confusione. Sulla presenza di un atteggiamento di fondo caratterizzato da calore umano e piena accoglienza mista a stupore di fronte a ogni esistenza "altra-dalla-nostra" non ritengo si debba più di tanto discutere in quanto è del tutto evidente che una simile predisposizione sia essenziale a che ogni processo terapeutico e quindi di cambiamento abbia inizio. Ci si può interrogare però su *come avvenga l'ascolto fenomenologico* ed è l'idea che Calvi si propone di portare avanti nella replica a Civita, con il quale dissente, in un gioco ironico e al tempo stesso stimolante fin dalle prime battute. Queste le parole del fondatore di COMPRENDRE: «ritengo proprio che l'ascolto fenomenologico sia *assoluto*, *aprospettico* e *afinalistico*. Anzi, sono grato a Civita di aver qualificato in modo così incisivo quell'atteggiamento, che io definisco *visionario*. […] Voglio dire subito però che io non sento il bisogno di distinguere l'ascolto dall'osservazione, perché li colloco entrambi al di là della sfera sensoriale alla quale essi appartengono, cioè, rispettivamente, l'udito e la vista. Li colloco bensì nella sfera sovrasensoriale della visione eidetica» (p. 22). Rispetto a due diversi tipi di ascolto fenomenologico Calvi è più propenso a osservare che nella psichiatria fenomenologica s'incontrano semmai due tipi di atteggiamento: un primo atteggiamento che possiamo definire "puro" e un secondo che possiamo chiamare "impuro"; essi corrisponderebbero grosso modo ai due diversi tipi di ascolto fenomenologico summenzionati, con la precisazione che

Calvi stesso fa di riconoscersi in entrambe le declinazioni proposte, compiendo così un annullamento della separazione medesima. Lo psichiatra avanza di qualche passo affermando la precedenza categoriale del «mondo umano», in cui include la *visionarietà* e la stessa pratica fenomenologica, su quello meramente "psicologico" (comprendente affetti, desideri e intenzioni) anch'esso facente parte, comunque, del più comprensivo mondo umano; «la fenomenologia husserliana […] è fenomenologia trascendentale. Essa sviluppa un approccio al mondo umano, che non si lascia ricondurre completamente dentro gli schemi predisposti dalle scienze psicologiche, ma che accetta di affrontare anche le intuizioni e le rappresentazioni immaginarie, cioè, per dirla con una parola, le *visioni*» (*ibid.*). La parte applicativa del discorso arriva nel prossimo passo in cui Calvi ci fa veramente capire cosa significhi esercitarsi alle "visioni" in una continua pratica di epochizzazione, di messa fra parentesi dell'ovvio: «quando il medico incontra il malato di mente, la situazione è *pre*determinata da tutta una serie di significati precostituiti, che orientano il comportamento di entrambi, quindi anche quello diagnostico e terapeutico del medico. Capita a volte che irrompa nella coscienza del medico (anche in quella del malato, naturalmente, ma questo è un altro discorso) una improvvisa, impreveduta intuizione, che, per il suo carattere d'immagine illuminata di colpo, chiamiamo visione. La comparsa della visione testimonia appunto che la coscienza si trova in stato di vigile intenzionalità, nel pieno d'un lavorìo di movimento e di apertura. Se riflettiamo su questa esperienza, ci rendiamo conto che essa è accaduta in un *altro* contesto rispetto a quello che è l'incontro fisico col malato. Tale contesto nuovo si delinea con la sospensione di tutta una serie di *pre*giudiziali: di persona (in quel momento il medico non è un medico, ma un uomo di fronte a un uomo); di tempo (la visione è fugace, se la si vuole misurare con l'orologio, e può anche essere non contemporanea all'incontro fisico, se la si vuole collocare nel calendario: comunque ha un suo tempo, che non interferisce con quello reale); di spazio (la visione non è condizionata dal luogo dell'incontro, ma può accadere che si collochi altrove)» (p. 23). Mediante la contemplazione delle opere d'arte, sostiene per esempio Calvi, è possibile allenare «l'intenzionalità della coscienza, nella sua funzione primaria di scoprire i significati, dei quali le visioni sono l'annuncio» (pp. 23 e 24). *L'ascolto fenomenologico* si può ora chiarire meglio: *è l'attenzione alle visioni* qualificandosi come «*assoluto*, in quanto si confronta soltanto con l'ideale del benessere inteso come totalità dell'esistere; *aprospettico*, perché non si piega ad un qualsiasi punto di vista (né quello del medico, né quello del malato) e *afinalistico*, perché

non è condizionato da scopi relativi, vuoi terapeutici che scientifici, vuoi di protezione che di controllo» (p. 24).

Prima di arrivare alla conclusione di questo affascinante quanto complesso argomentare corre l'obbligo di introdurre un ultimo elemento, indispensabile per cogliere il senso definitivo di queste parole. L'ultimo nodo problematico riguarda la distinzione, all'interno di quella dimensione nota come "intenzionalità", fra l'*intenzionalità dell'atto* di Brentano e l'*intenzionalità fungente* di Husserl. «La prima presuppone la coscienza tetica degli oggetti, così detta perché pone da sé la tesi d'idoneità degli oggetti (reali o irreali che siano) a divenire contenuti della coscienza» (p. 23). Secondo Husserl però l'intenzionalità fungente agirebbe ancor prima di quella tetica, a monte cioè di qualsiasi presunzione circa un significato sempre presente negli oggetti; l'intenzionalità fungente si svilupperebbe «in un "movimento" ed un'"apertura" della coscienza stessa, che disegna nel mondo il luogo e vi definisce la temperie affettiva dentro cui scaturisce il significato» (*ibid.*).

Cercherò adesso di tirare le fila dei due discorsi che qui, come su COMPRENDRE, si sono intrecciati; abbiamo visto come Civita distingua due diversi tipi di ascolto fenomenologico e come quello meno relativistico e che lo trova più diffidente, caratterizzato da assolutezza-aprospettività-afinalità, sia invero quello più consono a Calvi che lo definisce anche come "atteggiamento puro", "ascolto fenomenologico", "attenzione alle visioni" e infine «ascolto visionario [che] è tutt'uno con l'esercizio dell'intenzionalità fungente» (p. 24). A questo punto ritengo che una seppur parziale risposta deve essere data all'interrogativo se l'*ascolto fenomenologico puro* e quindi non quell'atteggiamento generale di accettazione e di disponibilità umana per l'altro-da-noi (che di per sé è terapeutico e che in questo trova sia Civita che Calvi completamente d'accordo) ma quella visionarietà assoluta-prospettica-afinalistica di cui parla Calvi sia, o non sia, fonte di cambiamento. Secondo Calvi «interrogarsi sulla purezza dell'ascolto fenomenologico vero e proprio è una sola cosa con l'interrogarsi sull'assolutezza delle visioni e sul legame che intercorre tra esse e le intenzioni cioè tra l'intenzionalità di Husserl e quella di Brentano. […] L'ascolto fenomenologico è assoluto, perché "si confronta soltanto con l'ideale di benessere inteso come totalità dell'esistere". […] Il medico ha in mente un ideale di salute, che va oltre la "normalità" statistica, supera ogni *pre*concetto di efficienza e di adeguatezza (lavorativa, famigliare, sociale, ecc.) e si colloca appunto sul versante dell'esistere e non del fare. […] L'"ideale di salute" (così come ogni ideale di bellezza e di *fitness*) non [è] una figura tematizzata più o meno convenzionale, ma [è] l'aspirazione pretematica ad ogni possibile star meglio, a cui nessuno

saprebbe né vorrebbe porre un limite. È a questo spazio che mi riferisco quando dico che bisogna imparare "a lasciare spazio alla nostra stessa visionarietà" e a quella del malato» (pp. 25 e 26). Fino a questo punto il discorso di Calvi sembra quasi eludere il problema se l'ascolto fenomenologico sia o non sia terapeutico: egli difatti si colloca – con le espressioni appena lette – ad un livello che potremo dire precedente a quello terapeutico, un livello ideale appunto, di "cura" (*Sorge*), "preoccupazione" di un uomo per un altro uomo. La tanto ricercata chiarificazione della posizione di Calvi avviene infine come conseguenza di quanto appena specificato, compare qui il termine terapeutico anche se virgolettato: «una volta recuperato lo spazio della visionarietà e riconosciuto che esso è fatto per la totalità e la libertà (ancorché immaginarie) dell'esistere, la nostra attenzione al malato può farsi veramente piena ed è infatti a questo punto che egli manifesta di avere colto la nostra comprensione (che sarebbe l'aspetto "terapeutico" dell'ascolto fenomenologico)» (*ibid.*).

Sei anni più tardi Calvi sarà meno prudente visto che sempre dalle pagine di COMPRENDRE si troverà a dover rispondere ad altre perplessità questa volta sollevate da Mario Rossi Monti e Andrea Carlo Ballerini. «In un vivace ed intenso articolo, Mario Rossi Monti e Andrea Carlo Ballerini mi chiamano in causa più volte ed in una posizione non marginale, motivo per cui non posso non sentirmi provocato a rendere una risposta confutando alcune tesi da loro sostenute. Il medesimo argomento è stato discusso da Rossi Monti in un capitolo d'un volume a più mani. Essi si domandano se una psicoterapia possa nascere dal terreno della psichiatria e/o della psicopatologia fenomenologica» (2000, p. 49)[4]. Nella prima parte del suo lavoro Calvi si limita a far presente che i dubbi di Monti e A.C. Ballerini rivolti a una possibile declinazione fenomenologica della psicoterapia derivano da un atto confusivo che i nostri commettono nel momento in cui identificano quest'ultima con l'empatia nel senso del "calore", quasi volessero farci intendere che lo sforzo del fenomenologo è unicamente quello di «tenere alta la temperatura della relazione col paziente fino al realizzarsi d'una fusione tra i due» (*ibid.*). Ma l'empatia è tutt'altra cosa e nell'accezione rigorosa di Edith Stein è essenzialmente «accorgersi dell'altro, […] sentire la presenza dell'altro, farlo risaltare dallo sfondo come figura, trarlo

[4] L'articolo di M. Rossi Monti e A.C. Ballerini a cui si riferisce Calvi è *La tentazione psicoanalitica*, apparso su PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA, 1999-2000, 37; il saggio di M. Rossi Monti, *Il contributo della fenomenologia*, si trova in M. Ceruti e G. Lo Verso (a cura di), *Epistemologia e psicoterapia – Complessità e frontiere contemporanee*, Raffaello Cortina, Milano, 1998.

dall'insignificanza, anzi, dall'inesistenza e fargli posto aprendo una nicchia nella nostra indifferenza» (p. 50).

Dopo questa prima confutazione, e prima di affrontare il cuore delle argomentazioni proposte da Calvi per avvalorare la tesi espressa dalla formula "fenomenologia è psicoterapia", desidero aprire una breve parentesi – che ha un valore però di vero caposaldo – riguardo un prezioso fatto storico; il riferimento è proprio la formula appena citata la cui prima enucleazione spetta non a Calvi ma a Barison, come il fondatore di COMPRENDRE doverosamente ricorda: «cercherò qui di esplorare che cosa si presenti al di là della comprensione, allo scopo di rispondere alla domanda: "Fa o non fa terapia lo psichiatra fenomenologo?" A questa domanda risponde lo stesso Barison. Pochi mesi dopo la comparsa del *Trattato Italiano di Psichiatra*, egli pubblicò una lunga recensione al capitolo che io vi avevo scritto, dicendo, tra l'altro: "E così io mi permetto d'interpretare il pensiero di Calvi: fenomenologia è psicoterapia; lo è e lo è sempre stato"[5]. Il mio pensiero è precisamente questo […]. Io stesso però sento di dover esplicitare la frase di Barison sottolineandone il significato in un modo, che a lui sarebbe forse apparso riduttivo. Fenomenologia è, sì, psicoterapia, in quanto può fondare saldamente un rapporto di coesistenza tra curante e malato, ma non per questo si può parlare a pieno titolo di "psicoterapia fenomenologica", che è una formula in sé contraddittoria. Fare terapia, nel senso medico della parola, vuol dire usare strumenti mondani: il farmaco, l'interpretazione, l'empatia, mentre la fenomenologia (husserliana) si muove in una sfera che trascende la mondanità, cercando di mettere in evidenza le condizioni di possibilità della comprensione. […] Mi sento veramente fenomenologo quando mi siedo accanto al malato come a colui che è vittima d'un più o meno crudele, ma mai innocuo, esperimento della natura e cerco di farglielo rivivere come esercizio fenomenologico. Il malato conosce per esperienza diretta l'illuminazione e la rivelazione fenomenica, il discorso delle cose e l'erompere del senso. Egli soffre d'una visionarietà incontrollata di modo che la sovrabbondanza dei vissuti carica la sua esistenza di un peso insostenibile. È come se al malato fosse imposto di sopportare una duplice realtà: quella empirica della vita quotidiana e dei suoi rimandi funzionali e quella trascendentale del senso e dei suoi nessi non sempre e non facilmente estricabili. Il mio sforzo è di fargli capire che nella sfera della visionarietà egli non è solo» (1995-6, pp. 90-92). Come abbiamo appena letto Calvi non parla mai di "psicoterapia fenomenologica", anzi ritiene che

[5] L'espressione di Barison che Calvi riporta è apparsa sulla RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIATRIA, 1993, 886.

questo sia un termine di per sé contraddittorio. Non esiste di fatto una tecnica (dal greco téchne, *arte*) fenomenologica, esiste però un metodo che può essere appreso, esercitato, una via che può essere seguita (o dei tracciati meglio ancora), un'arte che è pratica attiva del fenomeno, "sospensione del mondo conosciuto" in attesa che si manifesti il vissuto.

Vorrei ora riprendere, e concludere, con alcune note all'articolo di Calvi su COMPRENDRE 10 (2000). Dopo aver chiarito cosa si debba correttamente intendere per empatia, diversamente da quanto fanno Rossi Monti e A.C. Ballerini, Calvi cerca ora la replica a una seconda obiezione che i due gli rivolgono. Secondo i due autori sostenere, come fa Calvi, che "fenomenologia è psicoterapia" significa sostenere che la psicopatologia fenomenologica è di per sé una psicoterapia compiendo così un errore di sineddoche (scambiando cioè la parte per il tutto). La risposta che Calvi fa seguire è articolata e in grado di ribaltare la questione così come era stata posta: «qui, se mai, la sineddoche appartiene ai nostri A.A., che scambiano la psicopatologia fenomenologica con la fenomenologia. È uno scambio improponibile. La psicopatologia fenomenologica è una psicologia del patologico (mentale), che parte da alcune premesse fenomenologiche (fondamentalmente: l'intersoggettività e la sospensione) e procede con il progetto di costituirsi come disciplina scientifica cercando obiettivazioni e convalide. […] Come ogni scienza, la psicopatologia (fenomenologica e non) produce teorie, che rinforzano la sua struttura e rendono ancora più consistente la sua separazione dal circostante terreno non-scientifico. Questo terreno umano, invece, non è mai ripudiato dalla fenomenologia, che si sviluppa in continuità con esso e ne mantiene lo stampo a-scientifico ed a-teoretico» (pp. 52 e 53). Quello che gli autori contestano, *in nuce*, è la presunzione che si possa arrivare a parlare di una "psicoterapia fenomenologica" nel senso di una sua formalizzazione e sistematizzazione; ciò su cui sono (tutti) d'accordo è la considerazione evidente delle implicazioni terapeutiche implicite in un approccio cosiddetto fenomenologico, le quali si risolvono nell'espressione di una accoglienza intesa come disposizione d'animo e apertura alla comprensione dell'altro sofferente. Calvi si schiera – ma è quello che abbiamo già constatato – con Rossi Monti e A.C. Ballerini quando essi denunciano l'impossibilità per la fenomenologia psichiatrica di declinarsi in una psicoterapia formalizzata; i motivi che egli adduce sono però diversi da quelli dei suoi due colleghi, questo perché «al fondo dell'atteggiamento fenomenologico c'è un'istanza liberatoria dalle costrizioni della mondanità ed una tensione continua verso il recupero del mondo della vita. Mentre il fenomenologo affronta da psichiatra l'alienazione mentale, la sua "corda" antropologica non smette di vibrare nel cogliere l'alienazione sociale. Sa-

rebbe paradossale perciò che egli proponesse a se stesso ed al paziente una formalizzazione qualsiasi del rapporto terapeutico» (p. 55). Il fondatore di COMPRENDRE, in conclusione, porta ancora in avanti e con decisione il suo pensiero e quello che riporterò fra poco può essere considerato il nucleo del suo riflettere: «la fenomenologia non s'identifica con "una generica predisposizione psicoterapeutica", ma vuole valorizzarla sottraendola ad un abbraccio umanitario, che è, solitamente, non soltanto "generico", ma anche confusivo ed aleatorio. Essa si propone come fondativa delle scienze psicologiche e delle pratiche che se ne traggono. Questo ruolo fondativo può essere sostenuto (con grandissima approssimazione) o a livello storico o a livello epistemologico. A livello storico si risale a Jaspers, lo si riconosce padrino dell'ingresso della fenomenologia nel campo psichiatrico, si enuclea dal suo pensiero la nozione di comprensione» (pp. 55 e 56). È fondamentale riconoscere che se a K. Jaspers spetta il merito di aver introdotto la nozione di "comprensione" in psicopatologia, questo *non* significa poter stabilire l'equazione: comprensione=psicoterapia. Il ruolo fondativo della fenomenologia può essere sostenuto invece «a livello epistemologico cominciando col negare che la fenomenologia sia di per sé comprensione. Anzi: "*la fenomenologia cerca di mettere in evidenza le condizioni di possibilità della comprensione*". […] Ciò significa non assumere la comprensione come una cosa ovvia, ma problematizzarla. […] Il fenomenologo si pone […] dove i significati si spengono e cerca di abitare la sfera debole […] dove i significati appaiono allo stato nascente. Una sfera che include e non esclude, che è circolare e non lineare. Una sfera, sicuramente, precaria, delicata e transitoria. L'ho chiamata "costellazione" per indicarne la natura, evidente come luminosità e sfuggente come interezza […]. In questa sfera includente c'è posto per la comprensione, ma anche per la non-comprensione e per la sopportazione del delirio e del silenzio» (pp. 56 e 57).

## V. VERSO UNA PSICOTERAPIA FENOMENOLOGICA: ATTUALITÀ E PROSPETTIVE A PARTIRE DALLA "GRUPPOANALISI DELL'ESSERCI" DI GILBERTO DI PETTA

Il contributo di Gilberto Di Petta che vorrei riprendere è quello apparso sul numero 13 (2003) di COMPRENDRE, dal titolo *L'altra coscienza. Clinica e critica degli stati psicopatologici*. Si delinea qui, in maniera chiara, quel costrutto psicopatologico variamente definito come "stato fluttuante" (*Schwebende Zustand*), "stato di coscienza crepuscolare",

"crepuscolo-aurorale", o più correttamente "chiaroscurale". Siamo approdati alla terra di nessuno della psicopatologia, al confine del già noto, del già visto, all'interno comunque di quella vasta e indefinita area che convenzionalmente chiamiamo "doppia diagnosi" o "comorbilità psichiatrica". Secondo Di Petta il termine italiano "chiaroscuro" è reso nella lingua tedesca con *Dämmerung*, «ovvero l'istante della transizione tra la luce e l'ombra e viceversa, cioè dalla luce all'ombra nel caso del tramonto ma dall'ombra alla luce nel caso dell'aurora. Tant'è che *Dämmerung*, se accompagnato al sostantivo *Morgen*, che significa mattino, caratterizza l'aurora, ovvero il passaggio dall'ombra alla luce. Se accompagnato al sostantivo *Abend* esso caratterizza il tramonto, che è, invece, il passaggio inverso dalla luce all'ombra. […] Il termine *Dämmer*, inoltre, in tedesco, significa anche argine, limite, soglia. Il punto, allora, è proprio questo. Si potrebbe anche chiamare la *coscienza crepuscolare* come coscienza *liminare*, ovvero coscienza di soglia, coscienza di confine» (p. 81). Ciò che per molti tossicomani è, più semplicemente, lo "sballo", lo "stare fatti", trova nel costrutto psicopatologico individuato da Di Petta uno strumento di avvicinamento potente nel tentativo di articolare un incontro – come quello con il "tossico-psicotico" – che si rivela essere estremamente sfuggente, se non addirittura improponibile, senza l'adozione di una prospettiva che nella sua essenza si declina come "fenomenologia della coscienza".

Fatta questa premessa seguirò ora, nel modo migliore possibile, il cammino che Di Petta ha intrapreso nell'articolo appena citato. Quello che egli si propone è un percorso che, partendo dall'analisi fenomenologica della *coscienza ordinaria* in quanto coscienza-di-mondo, ha come punto d'arrivo la *coscienza delirante-allucinatoria* e come traversina di collegamento tra i due stati (una sorta di terra di mezzo) ciò che egli definisce *coscienza crepuscolare*. La domanda di partenza verte su "il che cosa" la coscienza propriamente sia. La risposta dello psicopatologo è che «la nostra coscienza: siamo noi, che diventiamo adesso. La nostra coscienza: è mondo. Siamo *noi-nel-mondo*, adesso, che ci vediamo, che ci parliamo, che ci ascoltiamo. Questo segmento del mondo che adesso viviamo è la nostra coscienza viva, pulsante, scorrevole e fluida. Siamo, insieme e irriducibilmente, coscienza e mondo, vissuto e realtà. […] *coscienza* e *mondo* si fanno, in altri termini, ciò che da sempre sono: *forme* vissute all'orizzonte comune della *Lebenswelt*» (pp. 68 e 69). Il peso e la radicalità di queste affermazioni, sulle prime, può davvero disorientare; quella che Di Petta propone è una *fenomenologia della coscienza vissuta* perché se è vero che «il *vissuto-della-coscienza* e la *coscienza-del-vissuto* ovvero la coscienza vissuta (*conscience vécue* o *gelebte Bewusstsein*) *tout court* si ontologizzano, ovvero essi si

pongono come fondamento ultimo, quasi metafisico, del mondo umano o del modo umano di essere nel mondo» (p. 74), con altrettanta decisione possiamo concludere – parafrasando l'autore – che la *coscienza è il vissuto* e *il vissuto è la coscienza*. L'argomentare è volutamente spiazzante, erratico: «il *vissuto* è, di per sé, in sé e per sé, dotato di senso. L'ultimo dei vissuti umani è ricco di coscienza, di significato e di storia. L'ultimo dei vissuti, il più volatile, non necessita di rimandare a null'altro fuori di se stesso. È credibile. Anche se è un vissuto delirante. È intriso di mondo. Anche se è un vissuto allucinatorio. Un vissuto è un vissuto» (*ibid.*). Prima di inoltrarci nei luoghi dischiusi dalla coscienza crepuscolare, è necessario un ultimo preambolo, di tipo etimologico, sulla coscienza (ordinaria): «la coscienza a cui alludo qui è quella che solo la pregnanza della lingua tedesca rende nella sua ontologia: *Bewusstsein*. La particella *Be* qui indica il moto verso un luogo, il carattere prossemico, intenzionale e *approdante-a-qualcosa* della coscienza stessa […]. La desinenza *sein*, come è noto, significa l'essere. […] Il termine greco che significa la coscienza è *syneidesis* che, a ben vedere, è ancora più esplicativo della valenza che la coscienza umana, fenomenologicamente intesa, configura: la particella *syn* sta, qui, per concorrenza o concordanza e la parola *eidesis*, che intrappola il termine *eidos*, sta a significare l'attività *noematico-eidetica*, ovvero l'attività *intuitivo-immaginativa* che caratterizza la vita umana nella sua essenza. Dove l'immagine, travalicando la separazione interno-esterno, non è altro che l'insieme di coscienza e di mondo (del vissuto e del suo oggetto). La particella *syn* greca qui sta anche per indicare la comunione ma, vorrei dire, la concomitanza di coscienza e mondo. Dove c'è coscienza là c'è mondo. Con il greco *eidos*, forma, si esprime ciò che in tedesco è reso come *Sein*, l'essere. La *forma*, in altri termini, è sostanza. Perché la forma è idea. La forma è presa ontologica, è organizzazione plastica e viva della materia. La forma è materia vivente. Ma *eidos* è da *orao* (*oida*) anche visione. Quindi, fenomenologicamente, è visione costituente, organizzatrice, compenetrante. I dati dell'esperienza sensibile (*sinnliche Erfahrung*) sono confezionati, sul piano coscienziale, in *forme* dell'esperienza, ovvero in vissuti (*Erlebnisse*). Allucinazioni e deliri sono esattamente e propriamente questo: *forme della coscienza vissuta*» (p. 78). Si è resa esplicita, nel finale, l'adozione del concetto di "forma" come una sorta di "bandolo della matassa psicopatologica", costrutto immediato e comprensivo.

Il concetto di "forma" sarà in grado – come vedremo – di dispiegare tutte le proprie valenze euristiche proprio nel confronto (o meglio nell'incontro) con l'esperienza del Delirio e dell'Allucinazione, suggelli dell'esperienza psicotica. «È evidente, allora, la straordinaria pre-

gnanza semantica della parola coscienza: qualcosa che intrappola in sé l'essere stesso. Al tempo stesso come *essere-relato-a-qualcosa-dentro-di-lui-che-contiene-il-fuori-di-lui*. La perifrasi italiana è lunghissima. Mi riferisco, qui, alla coscienza *intenzionale* che, in quanto tale, è coscienza costituente. Ovvero è coscienza impregnata, al tempo stesso, di me e di altro, di me e di mondo» (*ibid.*). Ciò che prima io stesso avevo anticipato secondo un'equivalenza (quella di vissuto e coscienza) è esattamente quanto apprendiamo, con le opportune specificazioni, dalle parole di Di Petta: «l'autentico atto di coscienza, dunque, alla fine, è il vissuto. Il vissuto è, al tempo stesso, *atto-di-coscienza*, se colto nella sua forma dinamico-intenzionate, e *stato-di-coscienza*, se isolato in forma per così dire pura. Il vissuto, in sostanza, è sempre la *coscienza-di-qualcosa*. […] Ma come si dà la *coscienza-di-coscienza*? È difficile cogliere nel suo insieme lo stato di coscienza cosiddetto ordinario o normale. Potremmo dire, forse, che non c'è un definito stato ordinario di coscienza. È rappresentabile come un flusso di vissuti. È la corrente degli *Erlebnisse*. […] Quando possiamo cogliere un vissuto in maniera più nitida allora finisce che ci troviamo di fronte ad uno stato ben definito della coscienza. Verosimilmente, in questo caso, si tratta di uno stato non ordinario della coscienza. La tranquilla ordinarietà che consente, come diceva Binswanger, di far sì che il mondo accada, diventa discontinua[6]. […] A qualcosa che offre caratteristiche omogenee di durata, come la coscienza vissuta, si oppongono stati di coscienza tali da perturbare lo scorrere fluido della vita interiore del soggetto e che consentono a noi osservatori di coglierlo attraverso una risonanza tra quello stato particolare e qualcosa dentro di noi che quello stesso stato richiama. A questa idea di riconsegnare gli *stati psicopatologici* alla pienezza semantica di *stati altri di coscienza*, ovvero di *forme* dell'*altra coscienza*, ci sono arrivato per una via poco ortodossa, ovvero attraverso la clinica e la psicopatologia degli *stati tossicomanici*» (pp. 79 e 80). Il vissuto si presenta, si affaccia quindi come una realtà complessa, enigmatica, perché nonostante esso diventi «ciò che più è nostro, […] *nostro-proprio*, […] nel senso che il nostro vissuto *siamo* noi, […] proprio in ciò che è mio più proprio, mi sfugge. In questo suo punto di

[6] Mi verrebbe da aggiungere che questo procedimento è quello che lo psicopatologo fenomenologicamente orientato (o fondato) fa quando compie l'esercizio dell'epochè, la messa fra parentesi dell'ovvio, un'operazione che l'ammalato sente su di sé e vive invece come una forzatura, un'obbligazione, temuta quanto non voluta. Si confronti a questo proposito quanto sostenuto da Calvi. Secondariamente sento di poter dire che Di Petta allude qui alla *coscienza come vera e propria trascendenza*, trascendimento, non potendo mai risultare ciò che propriamente è se non nell'incontro con l'Altro.

fuga, tuttavia, io, come umano che fa esperienza di sé, lo tocco. Questo filo di rasoio che corre, allora, tra il darsi e lo svanire, tra continuità e discontinuità, tra parola e numero è la *forma* psicopatologica: il vissuto stesso, in quanto vissuto mio, nostro ed alieno. È solo questa naturale e costitutiva ambiguità del mio stesso vissuto che mi consente di gettare ponti con l'estraneità schizofrenica, di doppiare il passo dell'incomprensibilità, di accettare zone buie di non senso e di integrarle, senza risolverle, in più ampie regioni di senso» (pp. 74 e 75).

Arriviamo così al cuore del discorso; il contatto con il mondo tossicomane è, fenomenologicamente, il contatto con un orizzonte di coscienza variamente definito come crepuscolare o chiaroscurale: «rispetto all'incontro con lo psicotico (*Begegnung*) l'incontro con il tossicomane è, piuttosto, un confronto o, meglio, uno scontro (*Gegenüber*) tra orizzonti non assimilabili perché uno dei due ha violato il comune denominatore dell'appartenenza alla risonanza emotiva naturale della coscienza umana ordinaria. Rispetto a questa estraneità, ovvero rispetto alla presenza di un costituente estraneo nella coscienza dell'altro che ho di fronte e che presuppongo essere come me, la mia coscienza apperce-pisce, coglie e vede una commistione di organico e inorganico. Ci sono, cioè, parti della mia coscienza vissuta che entrano in risonanza con la coscienza vissuta e parti che, in questo *vis-à-vis* delle coscienze, non entrano in risonanza, ovvero che rimangono mute. La condizione di permanente coscienza alterata dei tossicomani mi ha consentito, allora, di entrare nella definizione, nella struttura e nella dinamica di un particolare stato di coscienza, la *coscienza crepuscolare*, […] l'esperienza vissuta dello *sballo*. L'importanza della descrizione accurata dello stato crepuscolare della coscienza deriva dal fatto che a mio avviso esso può essere assunto come feritoia di collimazione di numerose condizioni psicopatologiche, oltre quelle tossicomani, nonché, addirittura, come posizione privilegiata per la fenomenologia dello sguardo» (pp. 80 e 81).

Di Petta affianca a queste considerazioni generali una valutazione più specifica su questo particolare stato di coscienza, attraverso l'analisi di quattro caratteristiche salienti:

«1) il campo di coscienza dello stato crepuscolare è ristretto. Gli oggetti fissati dallo sguardo e su cui è diretta l'attenzione sono limitati come numero e come caratteristiche. Le cose vengono colte dalla coscienza nei loro profili fenomenici assolutamente essenziali. [...] Lo stato di coscienza crepuscolare può essere definito deficitario in quanto offre una riduzione del campo ed un'attenuazione del fuoco della coscienza ed una conseguente accentuazione del fuoco su alcune cose ristrette con conseguente facilitazione alla produzione allucinatoria e delirante. Lo stato crepuscolare può quindi essere definito come una con-

dizione di partenza e di passaggio, una sorta di crocevia fondamentale, per tutte le grandi forme della psichiatria clinica: schizofrenia, mania e malinconia […].

2) Lo stato crepuscolare della coscienza è anche lo stato farmacologicamente indotto da tutti i trattamenti psicofarmacologici, ovvero lo stato nel quale vengono mantenuti tutti i soggetti con sintomatologia psichiatrica passibile di trattamento […].

3) Lo stato crepuscolare, senza la componente di ansia o di angoscia, dovrebbe essere, ancora, lo stato di coscienza del saggio, dell'asceta o addirittura dello psicopatologo fenomenologicamente fondato. […] Il chiaroscuro allora è la condizione di visionarietà di base della coscienza immaginativa, ovvero della coscienza eidetica, ovvero della coscienza vissuta […].

4) La criticità estrema e la volatilità dello stato crepuscolare della coscienza in quanto stato di transito risaltano nella descrizione fenomenologica di una serie di stati di esordio della schizofrenia, che propriamente nello stato crepuscolare della coscienza trovano la loro collocazione, come vera e propria sindrome di passaggio (*Durchgangsyndrome*). Mi riferisco, evidentemente, qui, all'esperienza crepuscolare della fine del mondo (*Weltuntergangserlebnis*) e a quella aurorale dell'atmosfera sorgiva del delirio (*Wahnstimmung*) […]. Questo spettro esperienziale, inscritto nello stato crepuscolare della coscienza, esita nella coscienza delirante e allucinatoria come mondo *altro* dal mondo, *altro* mondo nel mondo, mondo che accade dopo che è finito il mondo» (pp. 83-86).

Attraverso il volano della coscienza crepuscolo-aurorale come *metaxu*, terra di mezzo, siamo infine approdati sul terreno della coscienza delirante e allucinatoria, alla Follia propriamente detta. Ma ecco come anche qui la lente fenomenologica sa individuare più di altri orientamenti il *plus* (barisonianamente) e non il *minus*; delirio e allucinazione infatti, «oltre a marcare il fallimento della comunicazione, sono intesi dalla fenomenologia anche come veri e propri emblemi di una sfida, sfida non vincibile, forse, del tutto, ma in ogni caso mai perduta del tutto, come stremato richiamo di incontro, *appello* (*Anrede*) alla comprensione infinita e possibile delle forme dell'amore e delle forme del dolore nelle quali l'esperienza umana si organizza» (p. 88). Il delirio e l'allucinazione sono a tutti gli effetti «*immagini-di-mondo*, […] *conformazioni* [che] costituiscono, a tutt'oggi, comunque siano andate le cose, la ragion d'essere (forse l'ultima ragion d'essere) della *psichiatria clinica*» (p. 89).

A conclusione del suo intervento Di Petta riprende il concetto, più volte tratteggiato, di *forma* così come emerge dal confronto – ancora

una volta – fra il mondo coscienziale (ordinario) da una parte e quello allucinatorio (percettivo) e delirante (ideativo) dall'altra: «non si dà, in altri termini, la possibilità di alcun discorso *clinico* in psichiatria se non ci si confronta con questo tipo di *crociera*, un braccio della quale è come se fosse rappresentato dall'*ideazione*, l'altro dalla *percezione*. E proprio questa, poi, è la crociera che, ad un certo punto, viene spezzata nella sua *ragion d'essere* da questo tipo di sguardo fenomenologico (di *visione*): cade, alla fine, anche la distinzione tra *piano della percezione* e *piano dell'ideazione*. In un certo senso entrambe finiscono per trovare, all'orizzonte fenomenologico della coscienza, un comune spazio di rappresentazione: la *forma* che si oppone al nulla» (pp. 89 e 90). La *forma* individuata da Di Petta consente quindi la convergenza del piano ideativo con quello percettivo. Fatto questo, però, un altro ordine di problemi è rappresentato dalla significazione, dalla donazione di senso alla specifica immagine interna (il tema o contenuto delirante); lo stabilire in sostanza quale sia l'idea, la *forma* di mondo di «quel particolare uomo lì che noi – per convenzione – chiamiamo psicotico». Più che un'impresa questa dovrebbe allora essere vissuta come un'*intrapresa* di se stessi nell'ingaggio con l'Altro. Per fare questo possiamo avvalerci, *nella pratica*, di due sussidi potenti: la *Daseinsanalyse*, che nell'ottica di Di Petta diventa *Gruppen-Daseinsanalyse*, e il *Questionario dei Sintomi-Base* (*Frankfurter Beschwerde Fragebogen, FBF*)[7]. Come ciò possa avvenire, operativamente, è quanto ci fa intravedere Di Petta nelle densissime pagine del suo libro sulla terapia delle emozioni condivise.

## BIBLIOGRAFIA

Agresti E.: *Psichiatria clinico-nosografica e psichiatria fenomenologica: un confronto*. COMPRENDRE, 2002, 12: 11-30

Ballerini A.: *Psicopatologia fenomenologica e psichiatria biologica: un "salto mortale" epistemico o una possibile convergenza?*. COMPRENDRE, 2001, 11: 7-17

Barison F.: *La psichiatria tra ermeneutica ed epistemologia*. COMPRENDRE, 1990, 5: 27-33

[7] Si confronti in merito all'utilizzo di questi due strumenti il libro, a cura di G. Stanghellini, *Verso la schizofrenia. La teoria dei sintomi-base*, Idelson Liviana, Napoli, 1992, per quanto riguarda l'FBF e il libro di G. Di Petta, *Gruppoanalisi dell'esserci – Tossicomania e terapia delle emozioni condivise*, Franco Angeli, Milano, 2006, per quanto riguarda l'impostazione terapeutica, di marca fenomenologica, originata dall'Autore.

… : *Una psichiatria ispirata ad Heidegger*. COMPRENDRE, 2001, 11: 19-27

Benedetti G.: *Lo sviluppo del concetto del Sé nella psicoanalisi recente*. COMPRENDRE, 1990, 5: 35-45

Blankenburg W.: *La psicoterapia degli schizofrenici come ambito di convergenza psicoanalitico-daseinsanalitica*. COMPRENDRE, 1992, 6: 19-28

Calvi L.: *In tema di accanimento terapeutico – Un dibattito e un esercizio fenomenologico (con interventi di Alfredo Civita e di Alberto Giannelli)*. COMPRENDRE, 1994, 7: 15-31

… : *Fenomenologia e psicoterapia*. PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA, 1995-96, 33: 42-59

… : *Presentazione*. COMPRENDRE, 1998, 8: 5-6

… : *Fenomenologia è psicoterapia*. COMPRENDRE, 2000, 10: 49-61

Dalle Luche R.: *Per una psichiatria integrata, integrante e integra*. COMPRENDRE, 1998, 8: 125-127

Di Petta G.: *L'altra coscienza. Clinica e critica degli stati psicopatologici*. COMPRENDRE, 2003, 13: 67-100

… : *Gruppoanalisi dell'esserci – Tossicomania e terapia delle emozioni condivise*. Franco Angeli, Milano, 2006

Gozzetti G.: *Il piano psicoterapeutico dell'incontro*. COMPRENDRE, 1998, 8: 61-69

Manica M.: *L'impostazione fenomenologica tra modello medico e psicoanalitico (proposta per una psichiatria etica e gentile)*. COMPRENDRE, 1998, 8: 83-97

Dr. Nicola Delladio
Via Sorasass, 12
I-38038 Tesero (Tn)

# "*SABOTAGE DU DESTIN*": PSICOTERAPIA FENOMENOLOGICA DELLE SINDROMI PARANOIDI NEI TOSSICOMANI

G. DI PETTA
A. DI CINTIO
A. VALDEVIT
A. CANGIANO

*Dobbiamo applicare la psicoterapia al campo dei disturbi deliranti, fino al confine con le psicosi schizofreniche*
E. Kretschmer (1918)

*Dal travaglio dell'epochè scaturisce l'Altro*
L. Calvi (1997)

## I. INTRODUZIONE: L'ORIZZONTE DEI FENOMENI

La finalità di questo lavoro è mostrare, concretamente, come sia possibile curvare la psicopatologia fenomenologica in senso *psicoterapeutico* nel peculiare contesto operativo di un servizio pubblico, con pazienti gravi (*tossicomani-psicotici*), attraverso il coinvolgimento emotivo[1] nella cura, sul piano umano, oltre che clinico, di un'*équipe* curante specificamente formata.

[1] Questa circolazione emotiva intensa è considerata, da Blankenburg (1992), uno dei distinguo più classici tra l'impostazione terapeutica di derivazione *psicoanalitica* e quella di derivazione *daseinsanalitica*.

Le storie cliniche riportate sono relative, infatti, a *persone* incontrate *visage-à-visage*[2] nel clima di una *frontiera*, sia territoriale, essendo la nostra Unità Operativa indovata nella periferia metropolitana a nord di Napoli, sia clinico-sanitaria, vagando queste persone nella *terra di nessuno* tra il Sistema della salute mentale, da una parte, e il Sistema delle dipendenze, dall'altra parte[3]. Nino, Enzo, Francesco e Gianluca sono utenti, pazienti, *uomini* che solo il *braccio di leva* fenomenologico ha consentito di liberare dalla trappola nosografico-categoriale della *doppia diagnosi* e di riagganciare al piano antropologico dell'*être-au-monde*, attraverso l'applicazione rigorosa del metodo psicopatologico-clinico, che ha guidato tutta l'*équipe* sia nell'affondo farmaco/psicoterapeutico, che nell'integrazione prospettica degli interventi.

La scelta di questi quattro *casi* clinici, inquadrabili, tutti, nello *spettro paranoide*, ha un suo significato preciso: da sempre, infatti, le sindromi paranoidi hanno rappresentato una sorta d'*elastico* nella categorizzazione nosografica e, al tempo stesso, una dimensione di *transito* nella concettualizzazione psicopatologica[4]. Per le sue caratteristiche di

---

[2] Nel senso speciale che Lévinas dà alla parola *volto*: «Noi chiamiamo *volto* il modo in cui si presenta l'Altro. Questo modo non consiste nel mostrarsi come un insieme di qualità che formano un'immagine. Il volto d'Altri distrugge ad ogni istante e oltrepassa l'immagine plastica che mi lascia». È nell'incontro con l'altro che si fa strada l'idea dell'infinito come evento a cui Lévinas dà il nome di *visage*, volto, sola prossimità in cui la relazione si gioca. L'altro, attraverso il volto, si espone direttamente, senza difese, al nostro sguardo, con la sua nudità dignitosa, e pertanto non è solo un dato, o un caso clinico su cui mettere le mani. L'altro, soprattutto in quanto paziente, mi guarda e mi riguarda e si disfa dell'idea che di lui ho in mente.

[3] L'Italia è l'unico Paese occidentale ad aver riconosciuto, per motivi ideologici più che scientifici, autonomia a due ordini di patologie, quelle mentali e quelle da dipendenza, che trovano nel sistema neuropsichico e nelle relazioni persona/mondo le stesse basi fisio- e psicopatologiche. Le conseguenze di questa scissione nel sistema della cura sono disastrose. Molti tossicomani stanno sviluppando disturbi mentali e rimangono senza possibilità di cura, poiché i SerT non sono attrezzati in questo senso: molti pazienti psichiatrici, non più istituzionalizzati, stanno abusando di sostanze stupefacenti, senza che i DSM riescano ad arginare il fenomeno. Questa situazione configura un tragico problema etico, sanitario e di sicurezza sociale che, se non affrontato in chiave seriamente clinico-riabilitativa, rischia di riattivare svolte duramente repressive che porteranno, inevitabilmente, indietro le lancette della civiltà e dell'umanità dei trattamenti in psichiatria.

[4] «Tale nozione presenta, ai nostri occhi, un grande valore euristico, se teniamo conto che i deliri paranoicali sembrano delineare un'area di transizione tra pensiero comune e pensiero delirante, in opposizione alle forme propriamente schizofreniche, in cui la disgregazione della personalità, le turbe strutturali del pensiero,

confine tra lucidità e follia, e per i fronti di ambiguità che apre, la paranoia ha sempre costituito la croce, ma in un certo senso anche la delizia, dei trattamenti psico- e farmaco-terapeutici in psichiatria (Callieri, 2009; Cardamone e Dalle Luche).

Le drammatiche esperienze tossicomani e psicotiche, vissute dalle persone le cui storie questo lavoro descrive, sono state incontrate, ad ogni modo, da parte dell'*équipe* curante, sul terreno vivo e *patico*[5] della reciprocità duale e gruppale[6]. Paradossalmente, proprio la *terra di nessuno*[7] in cui Nino, Enzo, Francesco e Gianluca vagavano senza referenti, svuotati di dignità clinica e umana, ha dato alla nostra *équipe* l'opportunità e la *libertà* di giocarsi il tutto per tutto, con l'idea, rivelatasi per niente utopica, di arrivare a "sabotare"[8] quattro troppo scontati *destini* umani, avviati al *binario morto* della cronicità irreversibile e progressiva, del deterioramento cognitivo e autistico, della politossicofarmaco-dipendenza, dei ricoveri multipli, della disabilità sociale e della carcerazione.

Il viraggio, nello stile di consumo degli stupefacenti, da oppiacei a sostanze eccitanti/allucinogene, sta costringendo, negli ultimi anni, sempre più i clinici ad approcciare questa strana tipologia di pazienti al confine tra psichiatria e dipendenze[9]. Per quanto concerne i casi da noi

---

l'apragmatismo autistico segnalano uno stacco pressoché completo dal pensiero e dal comportamento sociale accreditato» (Muscatello, Scudellari).

[5] Da Straus a von Weizsaecker, con una grande ripresa di Aldo Masullo, quella del *patico* è una dimensione cruciale e ancora poco sviluppata in psicopatologia e in psicoterapia fenomenologica.

[6] La gruppalità a cui si fa riferimento in questo lavoro è la Gruppoanalisi del *Dasein*, o Gruppo *Daseinsanalitico*, così come è stato teorizzato da Di Petta (1996), centrato sull'applicazione dell'analisi del *Dasein*, oltre la coppia terapeuta-paziente, ad un insieme allargato ed eterogeneo di *pazienti gravi* ed *operatori*, i quali entrano in un assetto di radicale condivisione emotiva dell'esperienza (*alzo zero*). I pazienti psicotici prendono parte attiva all'esperienza di gruppo, con la loro presenza, a volte silenziosa e apparentemente distaccata, a volte intensamente comunicativa di vissuti deliranti-allucinatori.

[7] Per la peculiare fascia di utenti che intercetta, al confine tra le competenze del DSM e quelle del SerT, la nostra Unità Operativa Giano gode di una certa extraterritorialità e di "mano libera" nella messa in atto di procedure di ingaggio e terapeutiche. Si lavora a taglio di strada, senza camice, in un contesto dove il clima dell'accoglienza è stato privilegiato rispetto alla burocratizzazione dei protocolli.

[8] L'espressione "sabotaggio del destino" è di Ulrich Sonnemann (1969). Il termine "destino", qui, è inteso anche nell'accezione drammatica che vi dà Olievenstein nel suo testo *Le destin du toxicomane*.

[9] Dai SerT e dalle UOSM vengono inviati alla nostra Unità Operativa pazienti poliabusatori, di varia estrazione socioeconomica e culturale, la cui richiesta di

trattati, oltre agli interventi di ordine tecnico (farmacoterapia) e al lavoro daseinsanalitico gruppale, si è mostrato essere decisivo, sia per l'aggancio che per la ritenzione in trattamento, il peculiare clima *fenomenologico* della presa in carico, in cui la *diurnità* è diventata la modalità coesistenziale fondamentale tra l'*équipe* e i pazienti coinvolti[10]. Molti di questi pazienti, come i casi descritti, giungono alla nostra osservazione con una diagnosi di *schizofrenia* o di *psicosi NAS*. Queste *mis-diagnosi*, così «come la diffusa esperienza della prassi della psichiatria ha dimostrato», indicano, in modo tragicamente evidente, «che senza la conoscenza e applicazione della psicopatologia ci si può ridurre ad una psichiatria appiattita, superficiale, ridotta a mera elencazione di frammenti comportamentali e del tutto inconsapevole della singolarità delle persone» (Ballerini, 2009).

Di fronte allo *stallo* prodotto dalle pratiche terapeutiche precedentemente e caoticamente applicate (ricoveri, trattamenti ambulatoriali), la riconsiderazione di alcuni classici costrutti psicopatologici come, ad esempio, la *sindrome dell'automatismo mentale* di de Clérambault e il *delirio di rapporto sensitivo* di Kretschmer, attualizzati e ricompresi in un prospettiva fenomenologica, ha consentito, alla nostra *équipe*, un più corretto inquadramento diagnostico e quindi la strutturazione di più adeguati piani di trattamento, con conseguenze assai sensibili sull'esito dei casi esaminati. Il ruolo centrale svolto dalle *allucinazioni*, in tutti i

---

aiuto concerne, oltre il problema della dipendenza, un cambiamento che sta accadendo "dentro la testa", sconvolgendo l'esperienza di sé e la costituzione del mondo.

[10] I modelli di riferimento, per questo tipo di esperienza *pilota*, finora pressoché unica sul territorio italiano, almeno in ambito pubblico, sono compatibili con le esperienze vissute, descritte, e concettualizzate a Kingsley Hall, da Ronald D. Laing, e a "Soteria-Bern", da Luc Ciompi, per quel che concerne l'aspetto psichiatrico; per quel che concerne l'aspetto tossicologico, invece, i modelli di riferimento sono quelli del Marmottan a Parigi, la clinica per i tossicomani aperta nel 1971 da Claude Olievenstein (lo "psy des tox") e il Centro di disintossicazione e recupero Magal, a Gerusalemme ovest, diretto da Moshe Kron, di cui ha scritto recentemente anche Grossman. Uno *strettissimo* rapporto di comunicazione tra operatore e utente, previo l'*azzeramento* delle dissimmetrie, e la ricerca di un *comune* orizzonte di senso antropologico, sul piano di una sofferta tensione coesistenziale, rappresentano gli elementi salienti di queste esperienze-pilota che, purtroppo, non hanno mai conosciuto la meritata diffusione. Numero critico di operatori e utenti, utenti gravi e rifiutati da altri sistemi/agenzie di presa in carico, operatori formati e motivati, disponibilità a correre il rischio del *fuori gioco* rispetto alle regole che normano le relazioni professionali in ambienti istituzionali *standard* sono tutti elementi caratterizzanti la peculiare *atmosfera* di questi luoghi che configurano, al di là della clinica, dei veri e propri *laboratori antropologici* o *campi antropici continui*, nel senso che S. Piro (1993) ha dato a queste espressioni.

quattro casi, nella creazione delle *condizioni di possibilità* del delirio, è ancora più *comprensibile* alla luce della rivoluzionaria lettura che ne ha dato E. Straus, e cioè di fenomeni che, sollevandosi dal mero piano percettivo[11], sono fortemente indicatori dei *fallimenti* o delle *preclusioni della reciprocità*, o di *variazioni patologiche del rapporto fondamentale io-e-l'altro*. Da questa impostazione diventa più chiara non solo la classica *sovrascrittura* del delirio (de Clérambault), ma, addirittura, la *gemmazione*, quasi per *continuità*, del delirio da un terreno allucinatorio così intriso di rapporto *io-mondo*.

Le obsolete *psicosi allucinatorie croniche* della Scuola francese (Gozzetti, 2009) si riprofilano, a nostro avviso, come realistica possibilità evolutiva di alcuni di questi percorsi umani e psicopatologici complicati dall'abuso di sostanze e lasciati sostanzialmente a se stessi, spesso senza una vera diagnosi (oltre la "Doppia diagnosi"), e, dunque, senza trattamento specifico.

Ad ogni modo, va ribadito che nessun *incontro*, seppur vissuto sul piano autenticamente umano, che voglia avere una *visibile* ricaduta terapeutica, è veramente possibile, e questo lavoro lo dimostra con evidenza, senza tenere conto di alcuni aspetti psicopato-semeiologici che rappresentano cruciali punti di repere lungo quello *chemin de la vie*[12] che vede uniti, negli anni, quasi alla stregua di *viandanti*[13], il clinico, il paziente e il loro duale temporalizzarsi, spazializzarsi e mondanizzarsi.

---

[11] «Le dichiarazioni dei pazienti circa le esperienze in stato di intossicazione mescalinica consentono di riconoscere in tutta chiarezza che, per gli allucinati, non solo gli oggetti, ma anche i loro modi di apparire mutano, e che, con questi, mutano le forme più grandi dell'esperienza, dello spazio, del tempo» (E. Straus, 1935, trad. di F. Leoni).

[12] La psicoterapia fenomenologica va intesa come movimento (*percorso*), duale o plurale, vitale marcia di avvicinamento (*Lebensweg* o *chemin de la vie*), "essere nel cammino della vita" (Minkowski; Zutt: *être en marche de la vie*), *Iter vitale* (Cargnello; Bovi); lungo le vicissitudini della cura al clinico e al paziente tocca di rin-tracciare *rotte* percorse, fallite o mancate; ricostruire un possibile e co-esistentivo *progetto-di-mondo*. Tatossian, richiamandosi a Binswanger, parla di *communauté de la présence*, ovvero l'essere-insieme di terapeuta e paziente, dove il paziente va considerato sempre come un simile (*partenaire*) e va richiamato ad una nuova strutturazione della forma della Presenza (*forme de la Présence*).

[13] Da *Homo viator* di G. Marcel. La storia della psicopatologia è legata al concetto di "via", sia che si parli di un metodo (*meta odos*: secondo la via), sia che si parli di *viaggi* o di *fughe* psicotiche. Callieri ricorda che la stessa vita umana ha la struttura della via, nel senso che è sempre un "da dove" e un "verso dove". Quindi, il viandante è una figura che non si lascia incorporare in alcun concetto, perché dispersiva, errante, imprecisabile. Il viandante è colui che va per la via, il suo non è un vero e proprio viaggio, in quanto il viaggiare è già avere un percorso da com-

## II. Esperienze tossicomani ed emergenze psicopatologiche

L'emergenza e la diffusione, piuttosto ubiquitarie, nel corso degli ultimi anni, di evenienze psicopatologiche caratteristiche in un contesto di poliabuso di sostanze, stanno ponendo ai clinici notevoli problemi di diagnosi e, quindi, di trattamento, dei pazienti interessati[14].

I casi clinici esaminati in questo lavoro sono stati tutti approcciati dalla prospettiva radicale della psicopatologia fenomenologica, che ci ha consentito di distinguere, in controtendenza alla generalizzazione dell'etichetta diagnostica di "psicosi", alcune specifiche forme paranoidi, *non schizofreniche*, che, individuate al di là della *nebbia* e, adeguatamente curate, hanno consentito un assai soddisfacente riadattamento dei soggetti alla realtà nonché il loro reinserimento lavorativo[15], centrato attorno ad un ricostituito *progetto-di-mondo*.

Dato, invece, il sistema "binario" della presa in carico esistente nel nostro Paese, caratterizzato dalla rete dei Dipartimenti di Salute Mentale *totalmente* separati dai SerT, i pazienti tossicomani *comorbili* psichiatricamente non trovano, a tuttoggi, un servizio unico di riferimento.

---

piere per giungere ad una meta e fare ritorno. Il cammino percorso dal viandante non consiste nell'andare e tornare, il viandante è semplicemente "andante via", è colui che va per la via e va via, se ne va; il viandante è viandante in quanto tale perché è sempre all'inizio del suo cammino. Gli esempi della "via" come conoscenza sono presenti in tutte le epoche della cultura occidentale: la via dell'Essere in Parmenide, il mito della caverna in Platone, il viandante nel deserto dei Padri della Chiesa, il viaggio dantesco nei tre mondi ultraterreni, il cammino dello spirito hegeliano, la definizione di Heidegger dell'uomo come cammino verso ciò che si nasconde. L'uomo, sano o malato che sia, deve inoltrarsi verso una "via", laddove il mondo gli appare falso, illusorio: la metafora è quella del deserto, ma sempre nel deserto egli trova la via verso la propria patria. Anche nell'Odissea di Omero il tema principale è il viaggio, il peregrinare di Ulisse attraverso mondi fantastici, terre sconosciute, grazie alle quali Ulisse si arricchisce, diventa sapiente.

[14] Oggi le sostanze utilizzate dai pazienti di interesse psichiatrico hanno un'azione psicotico-mimetica dirompente (ketamina, amfetamine, ecstasy). La cocaina fumata (crak), ad esempio, trasforma l'*effetto tonico*, classico della cocaina tirata con le righe, che *sale* piano, nell'*effetto fasico*, per cui la sostanza *sale* al cervello di colpo, con uno *sballo* potente, definito "testata", "capata", dagli stessi pazienti. La conseguenza di quest'esperienza è un'eclissi del mondo esterno, a cui residuano una potente disforia e *sintomi paranoidei* di lungo corso.

[15] La definizione di "doppia diagnosi", sempre più utilizzata in questi casi, lascia del tutto insoddisfatti, poiché ipersemplifica e riduce la complessità dei quadri clinici ad una categorializzazione binaria, che, tuttavia, è difficilmente sostenibile, sia nella logica che nei fatti, dato l'indissolubile amalgama tra sostanze stupefacenti, eventi e contesti ambientali, struttura di personalità e sintomatologia psichiatrica.

Questo complica ulteriormente le cose, poiché il contatto con questi pazienti è spesso limitato alla fase di urgenza o di scompenso, con brevi ricoveri e dimissioni a cui, nei fatti, spesso non segue una reale *presa in carico* territoriale. Questo rende molto difficile lo sviluppo di una visione psicopatologica *prospettica*, cioè di decorso, oltre a frantumare l'intensità e la tipologia degli interventi. Infine, ognuno degli specialisti del settore tende ad inquadrare la sintomatologia emergente utilizzando i criteri etiopatogenetici e diagnostici a propria disposizione, spesso soffermandosi sulla superficialità di un'osservazione condotta in acuzie e sporadicamente.

Approccio psicopatologico alla "Doppia Diagnosi". Linee traccianti:

- ricondurre ad una sola unità di comprensione e di significato le esperienze psicopatologiche che si sviluppano in un contesto tossicomane e che, invece, in genere, vengono concettualizzate come scisse, sia nella fenomenica clinica che nei trattamenti;
- condividere dia-cronicamente, nel *day living* del diurno, con la soggettività del paziente, l'esperienza vissuta della malattia e del trattamento, soprattutto attraverso i momenti cruciali dei gruppi daseinsanalitici;
- rivalutare fortemente e *centralizzare il ruolo della psicopatologia*, sia nella comprensione della situazione vissuta dai pazienti, che come elemento diagnostico-prospettico di coordinamento e di interconnessione tra approccio psicofarmacologico, psicoterapeutico e riabilitativo;
- fare della psicopatologia fenomenologica l'asse portante e il sensore di rotta per tutto quel che concerne il trattamento psicoterapeutico delle dimensioni psicotiche.

Uno degli scopi fondamentali della psicopatologia di matrice fenomenologica è, infatti, quello di allargare, attraverso l'attenta osservazione clinica e, soprattutto, attraverso l'instaurarsi di una relazione empatica, la base di comprensibilità e di comunicabilità della sintomatologia psicotica, consentendo una *sottrazione progressiva di terreno* alla nosografia, da una parte, e, da un'altra parte, garantire la corretta coordinazione dell'attività terapeutico-riabilitativa, favorendo la reciprocità e lo scambio coesistenziale di esperienze vissute abnormi che, di per sé, sono impregnate di una forte connotazione autistica (Ballerini, 2006).

Di alcuni elementi psicopatologici *nucleari*, ad esempio, gli Autori hanno preso coscienza solo attraverso la *condivisione emozionale* dell'esperienza diurna *con* i pazienti e attraverso la conoscenza pro-

fonda dei loro percorsi storico-esistenziali e dei loro mondi, protratta lungo un *congruo* periodo di tempo. Superata, in altri termini, la fase acuta e raggiunto un accettabile livello di compenso sintomatologico, anche con l'utilizzo d'un'adeguata psicofarmacoterapia, ci si è ritrovati, con questi pazienti, non senza una certa sorpresa, da una parte di fronte a *costellazioni sintomatologiche ripetitive*, cristallizzate e refrattarie, che non mostravano ulteriori possibilità di flessione alla terapia farmacologica (tipo de Clérambault); da un'altra parte, invece, ci si è trovati di fronte ad aspetti di personalità straordinariamente suggestibili, vulnerabili, impressionabili e suscettibili di facile sviluppo psicotico (tipo Kretschmer). Tutti aspetti, questi, che venivano, ordinariamente, tenuti completamente *coperti* dalle sostanze d'abuso e dalla sintomatologia secondaria che si era sviluppata, nonché da *diagnosi preconfezionate* e chiuse, rispetto alle quali nessuno osava più avanzare ipotesi diverse.

Dalla rilevazione di questi elementi è nata una discussione interna al nostro gruppo, rispetto alla quale, particolarmente illuminanti e decisivi per la *controffensiva* terapeutica, si sono rivelati essere i due sopracitati e antichi costrutti psicopatologici:

1) "sindrome dell'automatismo mentale" di de Clérambault;
2) "delirio di rapporto dei sensitivi" di Kretschmer.

Non a caso, almeno nel campo delle tossicomanie, la sindrome di de Clérambault e il delirio sensitivo di Kretschmer sono venuti a rappresentare, per noi, le metafore dell'*organicità*[16], da una parte (de Clérambault), e della *relazionalità* (Kretschmer) da un'altra parte.

Sulla base di questi criteri la riformulazione psicopatologica e critica della diagnosi, oltre che sul trattamento, ha finito per influenzare anche la prognosi, con inevitabili conseguenze sul *destino* degli stessi pazienti.

## III. ASPETTI METODOLOGICI

I casi trattati sono stati tutti seguiti, *quotidianamente*, presso il Centro Diurno Giano per un periodo che va da un minimo di sette mesi (Francesco), ad un massimo di quattro anni (Gianluca). Hanno ricevuto tutti una valutazione psicopatologica tradizionale attraverso ripetuti colloqui

[16] Data la presenza di sostanze d'abuso, infatti, non è da escludere che, in alcune costellazioni psicopatologiche, giochino un ruolo non secondario elementi *organici*, dovuti a modificazioni biochimiche delle aree cerebrali interessate dall'uso di sostanze.

clinici ed è stato loro somministrato il questionario FBF dei *Sintomi di base* (SB) (Huber; Süllwold)[17] da psicologi debitamente formati. I casi descritti sono stati trattati farmacologicamente con *antipsicotici atipici* e *terapia sostitutiva oppiacea*; essi hanno preso parte alla terapia di gruppo ad orientamento fenomenologico (Gruppo daseinsanalitico; cfr. Di Petta, 2006) e sono stati seguiti in psicoterapia individuale dagli psicologi coautori di questo lavoro, supervisionati in un'ottica fenomenologica. Tre di questi pazienti sono, attualmente, in fase di accesso ad una borsa-lavoro finalizzata al reinserimento socio-lavorativo, mentre uno, Francesco, ha abbandonato il percorso terapeutico dopo soli sette mesi di trattamento. I componenti dell'*équipe* curante, nonché coautori di questo lavoro, sono tutti psicologi, formatisi a Padova con un orientamento fenomenologico. Tutti hanno svolto il loro tirocinio *post-lauream* presso il Centro Giano, continuando poi la frequenza come volontari/borsisti, partecipando all'VIII e al IX Corso di Psicopatologia Fenomenologica di Figline Valdarno (2008-2009). Ognuno di loro ha preso parte a non meno di duecento sedute di Gruppi daseinsanalitici. L'approccio fenomenologico a questi pazienti è stato condotto seguendo una metodologia (*équipe*, *milieu* ambientale, rigorosa analisi psicopatologica, disvelamento e condivisione degli *erlebnisse* più patici) in grado di realizzare una sorta di *epochizzazione* del delirio, ben oltre l'azione, fondamentale, ma, certo, limitata, degli antipsicotici. L'esclusione della diagnosi di *schizofrenia*, con la quale questi pazienti erano venuti alla nostra osservazione, oltre che sulla base dei parametri già discussi, è stata fondata sulla mancata percezione, sul piano *empatico* (Kraus), di almeno quattro elementi:

1) assenza di "perdita dell'evidenza naturale" (Blankenburg, 1971);
2) assenza di *rivelatività* nel delirio (v. Stanghellini e Ballerini);
3) assenza di "controtransfert" tipo *Praecox-gefuehl*[18] (v. Ruemke; Barison, 1963; Rossi Monti);

[17] L'FBF è un questionario di matrice fenomenologica che si compone di 98 *item* raggruppati in 10 dimensioni fenomeniche, ogni *item* prevede due alternative di risposta: SI – NO. Al soggetto è stato chiesto esplicitamente da parte dell'esaminatore, in caso di risposta affermativa, *di specificare se quel sintomo fosse correlato all'uso o all'effetto della sostanza o se invece fosse indipendente dalla sostanza*.

[18] Sentimento di schizofrenicità (*praecox feeling*): perturbante avvertimento, da parte del clinico, di un disturbo nella percezione del paziente che ha di fronte in quanto totalità di persona. «L'attitudine interna del clinico, indotta dal paziente, è uno strumento di diagnosi molto sensibile e può essere di aiuto se noi fossimo più

4) assenza di nuclei autistici (v. Ballerini, 2002).

A nostro avviso questi elementi, squisitamente di ordine *eidetico*, rimangono, al di là dei classici *sintomi di primo rango*, degli utili indicatori d'esclusione o d'inclusione, pur in un contesto contaminato dall'assunzione di sostanze stupefacenti, di determinate esperienze psicotiche di evidente atmosfera schizofrenica.

L'evoluzione naturale di queste situazioni cliniche, tuttavia, lasciate senza comprensione, relazione e trattamento, pur non primitivamente di segno schizofrenico, sarebbe stata deficitaria, con indebolimento terminale, a lento estuario dentro il *mare magnum* delle psicosi di spettro schizofrenico.

Di seguito si tenterà di dare conto di quanto si possa avanzare, nel campo della psicoterapia dei pazienti gravi, associando il trattamento farmacologico ad un percorso di cura supportato dalla prospettiva psicopatologica[19] e dalla presa in carico fondata sulla condivisione dell'esperienza[20].

## IV. *IL TATTICO* E IL "CERVELLO-CHE-PARLA-DA-SOLO": L'*AUTOMATISME MENTAL* DI GATIAN DE CLÉRAMBAULT

La Sindrome dell'automatismo mentale di de Clérambault, come è noto, fu isolata dall'autore tra il 1920 e il 1926, come una componente fondamentale dei cosiddetti "deliri allucinatori cronici".

Il soggetto che ne è affetto autopercepisce una serie di fenomeni elementari (motori, sensitivi, di pensiero) che, nonostante accadano e si verifichino nella sua esperienza interna, di fatto sono svincolati dalla sua propria volontà, pertanto gli appaiono incoercibili, non direzionabili, ripetuti, non correlabili a niente altro. È come se uno, a casa propria, avesse degli oggetti che, indipendentemente dalla propria volontà, sovvertono l'ordinamento dello spazio, cambiandosi di posizione, appa-

---

formati nel riconoscere i cambiamenti nella nostra attività interna» (Ruemke, 1941, cit. da Rossi Monti).

[19] «In realtà, la teoria psicopatologica è l'orizzonte di legittimazione e di razionalizzazione del fare terapeutico in psichiatria» (Del Pistoia).

[20] L'evitamento della progressiva e processuale aggravante deficitaria o negativistica, spesso data dal ritiro sociale e dalla povertà relazionale, oppure l'evitamento di forme di paranoia divorante tutto il versante del funzionamento sociale, assume, in questi casi, il carattere di *sabotamento di un destino*, messo in atto consapevolmente, nel penoso *iter* nosodromico del paziente, da clinici psicopatologicamente formati.

rendo e sparendo. Questi fenomeni di automatismo hanno, infatti, un carattere autonomo, primitivo e neutro[21], e, secondo l'Autore hanno valore diretto di lesione organica[22].

«L'espressione "*automatisme mental*" (*Mental Automatism, Geistsautomatismus*) indica un concetto molto ampio e non inteso in modo univoco, seppure la sua natura "organica" e il suo carattere "primario" siano concordemente ammessi (de Clérambault, Nayrac, Levy-Valensi). Dal punto di vista psicopatologico l'automatismo mentale – che vien meglio specificato con l'attributo di "patologico" – viene concepito sia come meccanismo (di cui il soggetto non è cosciente) di "liberazione" di psichismi che si autonomizzano rispetto all'io, sia come "sentimento di automatismo", cioè di automatismo cosciente seppure non "criticato" dal soggetto (che non ne riconosce il carattere morboso)» (Bini, Bazzi, p. 455).

Automatismo mentale:

Ideoverbale: sindrome basale o nucleare. Voci di vario tipo, generalmente minacciose, acustico-verbali; tutta la gamma di allucinazioni e pseudoallucinazioni, eco del pensiero, furto;
Piccolo automatismo: parassitismo, coartazione, passività e interferenza, estraneità del pensiero, ideazione imposta;
Sensitivo: allucinazioni visive, gustative, olfattive e cenestesiche. Parassitismo di percezioni anormali, formicolio, irritazioni, prurito;
Motorio: impressioni cinestesiche, soprassalti, movimenti forzati, imposti.

[21] «Automatismo mentale si riferisce a processi psichici vissuti dal soggetto, ma non riconosciuti come suoi, e attribuiti ad un'azione estranea: tali sono le allucinazioni, i furti del pensiero, e gli ecofenomeni» (Galimberti, p. 122).

[22] Rifacendosi alle ampie teorizzazioni jacksoniane, de Clérambault era convinto che intossicazioni potessero liberare attività normalmente tenute sotto controllo di centri inibitori gerarchicamente preposti e quindi svincolarle, cosicché esse potessero assumere carattere di automatismi ad insorgenza apparentemente spontanea o comunque non voluta. De Clérambault era convinto, pertanto, che gli automatismi mentali avessero, per questo loro carattere meccanicistico, una forte componente organica, quindi biologica.

L'automatismo mentale configura, secondo Jaspers, un disturbo della *coscienza dell'Io*, o, secondo Schneider (1950) dell'*appartenente a me*. È, in sostanza, una sindrome meccanicistica, parassitaria, estremamente disturbante il mondo interno dei pazienti. De Clérambault aveva dedotto le sue osservazioni su questi casi lavorando alla prefettura di Parigi (1920), dove vedeva persone intossicate dall'assenzio, etere e idrato di cloralio. Per de Clérambault, dunque, gli automatismi avevano molto a che fare con il substrato organico, e cioè con quello che A. Ballerini (2009) definisce l'*impersonale biologico*. L'Io critico del paziente – questo è un aspetto cruciale ai fini del nostro lavoro – assiste impotente all'automatismo e, come sostiene de Clérambault, ci *sovrascrive* il delirio. Nino ed Enzo, le cui storie cliniche saranno descritte di seguito in modo particolareggiato, sono stati inviati alla nostra osservazione con diagnosi di *schizofrenia* o *psicosi NAS in tossicodipendente*. Ad un'accurata e prolungata nel tempo valutazione psicopatologica ci si è resi conto, però, che i *confini dell'Io* e la *coscienza di sé* di questi pazienti non erano frantumati e non si ravvisavano *deficit* cognitivi. Ciononostante il loro funzionamento sociale (DSM IV-TR) era gravemente compromesso. In realtà, come è emerso lungo il percorso della cura, Nino ed Enzo soffrivano, di fatto, di sintomi psicotici elementari e caratteristici, *non responder* a nessun trattamento con antipsicotici. Questa quota di sintomatologia residua (tale da configurare addirittura una presenza *altra* dentro il proprio spazio mentale) è stata ascritta, da noi, ad una sorta di *automatismo mentale* su base presumibilmente organico-tossica (da uso prolungato di sostanze).

## V. NINO (1980): IL "CERVELLO-CHE-PARLA-DA-SOLO"

Si presenta alla nostra osservazione a gennaio 2008. Il dato saliente nella storia è la scomparsa del padre per cause ignote (fuga, rapimento, delitto?) quando Nino aveva 26 anni. L'esame psichico evidenzia un atteggiamento abbastanza collaborativo, ma privo di spontaneità e d'iniziativa. L'espressione appare distaccata ed indifferente, il comportamento è adeguato, i movimenti rallentati. L'eloquio è trattenuto, l'umore è depresso, coartato; il pensiero, privo di evidenti incongruità, è inibito, evasivo, con idee di influenzamento (si sente comandato). Sono presenti *allucinazioni* visive, più marcate quelle uditive, commentanti, imperative, denigratorie e conversanti. Il fenomeno più eclatante, tuttavia, è caratterizzato dalla *presenza di musica, canzoni, brani, spezzoni di sigle di cartoni animati*, avvertiti insistentemente nelle orecchie, a volte fin dal risveglio, al mattino. All'età di tredici anni ha iniziato ad utilizzare THC, per poi proseguire con cocaina, amfeta-

mine, ecstasy e kobrett[23]. L'ultima assunzione di sostanze risale a tre anni fa. Al questionario FBF si rileva un punteggio finale di 39/98, le aree fenomeniche maggiormente interessate sono: percezione complessa 8/10, perdita del controllo 5/8, linguaggio 5/10, sovrabbondanza di stimoli 5/10. L'esordio della sintomatologia psichiatrica risale al rientro dal servizio militare, intorno ai 20 anni, caratterizzato da allucinazioni acustiche (voci imperative e commentanti), visive (mistiche), con idee deliranti non sistematizzate. A seguito delle prime cure (clozapina) ha smesso le sostanze e attraversato una fase di remissione sintomatologica della durata di qualche anno, con discreto inserimento socio-lavorativo. Quindi è ricaduto nelle sostanze ed è riesplosa la sintomatologia che, con gli antipsicotici, si è attenuata, ma non è più rientrata[24]. Nino, a partire dalla recidiva psichiatrica, non ha più abusato di sostanze. Attualmente riferisce di sentirsi come un "canarino in gabbia", cioè incastrato in questo mondo pieno di voci, di immagini terrifiche e di musiche spurie, che lo tormentano. Prova, ma a volte inutilmente, a non prestare attenzione alle allucinazioni acustiche, che, nonostante ciò, prendono in alcuni momenti il sopravvento. Si sente, così, estraneo, distante dal mondo, fuori da se stesso, e deve rinchiudersi nella sua stanza per ritrovare un po' di tranquillità. Sente che il suo "cervello" è comandato da un'entità esterna, ma, allo stesso tempo si chiede: «Il cervello può parlare da solo?». Si domanda, inoltre, se queste esperienze siano "normali e reali". Si isola in questo suo mondo già troppo popolato, tanto affollato da non rendergli possibile lo stare in mezzo agli altri. C'è già troppa confusione nella sua testa, per poter ascoltare le voci degli altri reali. Si direbbe quasi che l'esperienza di depersonalizzazione diventi l'unico modo per assicurarsi una dimensione di tranquillità e lontananza da un mondo invasivo e di per sé estraneo. Ha avuto tre relazioni sentimentali, l'ultima durata sette mesi, conclusasi nel 2001. È stata tentata, da noi, per alcuni mesi, una terapia con *antipsicotici tipici* e *atipici* insieme, che non ha ottenuto sostanziali effetti sulla sintomatologia produttiva. Anzi, il paziente, nel tentativo di sottrarsi all'invasione allucinatoria, ha iniziato a frequentare meno il Centro, chiudendosi in un nuovo ritiro. A questo punto si è deciso di utilizzare la buprenorfina. Il paziente ha avuto un sostanziale beneficio, è più vivo, più attivo e in alcuni giorni la sintomatologia allucinatoria scompare del tutto; ad ogni modo, anche quando è presente, egli riesce maggiormente a controllarla. Questo significa che partecipa con maggiore costanza alle attività del Centro, sente che sono diminuite molto le *paranoie.* Attualmente il paziente è coinvolto in un progetto di borsa-lavoro.

[23] Eroina fumabile.
[24] Neanche la clozapina ha fatto più effetto in questa ricaduta.

NINO:

- Decostruzione della diagnosi di *schizofrenia*;
- Terapia farmacologica mirata; utilizzo di oppioidi di sintesi (buprenorfina);
- Riconoscimento di sintomi elementari, automatici, incoercibili;
- Isolamento e circoscrizione dell'"automatismo mentale", descritto soggettivamente come un "fastidio nel cervello", "un rumore di fondo", "cervello che parla";
- Mutamento di atteggiamento complessivo dell'*équipe;*
- Relazione *intensa* e *coinvolgente* con il paziente fondata sulla condivisione emotiva;
- Da allucinazioni ad allucinosi a pseudoallucinazioni, a rappresentazioni mentali;
- *Insight* sull'origine intrapsichica del "rumore di fondo";
- *Disancoraggio della sovrascrittura delirante*;
- Incremento delle strategie di *coping*, e della *compliance* al trattamento;
- Spostamento del *focus* attenzionale dalla sintomatologia parassitaria alla propria persona come risorsa;
- Ridimensionamento della inalterabilità e della ineluttabilità del disturbo;
- Reinserimento sociale in "borsa lavoro".

È stata, nel lungo incontro con Nino, decostruita la diagnosi di *schizofrenia*, attraverso un paziente e lento ingaggio *a tu per tu*, ed un notevole coinvolgimento emotivo. La svolta, in questo caso, sta nell'aver isolato e circoscritto l'*automatismo mentale*, che Nino descrive come un *fastidio nel cervello*, un *rumore di fondo*. Siamo riusciti a *disancorare*, a poco a poco, la *sovrascrittura delirante* (influenzamento e persecuzione), cioè a *staccarla* dal piano allucinatorio, incrementando la *compliance* al trattamento, lavorando, quindi, sulla persona come risorsa e, ridimensionando, alla fine, l'ineluttabilità del disturbo.

Nino a poco a poco, sincronicamente a quanto accadeva dentro l'*équipe*, ha smesso d'enfatizzare questo *rumore di fondo* del cervello che polarizzava tutta la sua esistenza, riconoscendolo come parte di sé, ed ha migliorato la propria capacità di stare nel mondo. Egli ha avvertito il miglioramento dicendo che, dentro di lui, le *paranoie* stavano *perdendo di forza*. Un ruolo fondamentale, quale stabilizzatore e "rifasizzante" cerebrale, in questo caso è stato giocato dall'azione farmacologica di un oppioide di sintesi, la buprenorfina, che normalmente il paziente non avrebbe dovuto prendere in quanto non dipendente da op-

piacei. È come se la buprenorfina fosse andata, attraverso l'attivazione del sistema oppioide, a migliorare l'area neurotrasmettitoriale del *danno organico* procurato dalla lunga esposizione a sostanze stupefacenti. Solo la concettualizzazione psicopatologica dell'automatismo mentale e della sua resistenza al trattamento antipsicotico convenzionale, tuttavia, ha consentito e legittimato l'*add on* di buprenorfina al *trattamento antipsicotico*, che è stato poi notevolmente ridimensionato e semplificato. Durante i gruppi daseinsanalitici molto spesso Nino ha verbalizzato, condividendolo emotivamente con gli altri, la sua disperazione, il suo non farcela più, il suo essere dilaniato dall'intrusione parassitaria di materiale estraneo. Fin quando ha destituito di *estraneità* e *persecutorietà* questo materiale.

Nel giro di un anno, un anno e mezzo, in seguito al lavoro concentrico fatto su di lui, Nino è passato dallo stigma di psicotico "nuovo cronico", ritirato nella propria stanza, impregnato di neurolettici, a persona vivace, con sorriso sulle labbra di "gigante buono"[25], capace di apprezzare le relazioni e d'impegnarsi in un orizzonte lavorativo.

## VI. ENZO (1969): *IL TATTICO*

Si presenta alla nostra osservazione ai primi del 2006, già in trattamento psicofarmacologico e con importanti precedenti psichiatrici e giudiziari. È vigile, discretamente orientato nel tempo e nello spazio, meno nella persona; emergono tematiche di depersonalizzazione e di derealizzazione; l'aspetto è trascurato, l'atteggiamento è scarsamente collaborativo, persecutorio: Enzo si copre con il cappuccio di una felpa; l'espressione è allarmata; la mimica è rigida; l'eloquio è esitante, il tono della voce duro; il pensiero è rallentato, con idee di riferimento e persecuzione; sono presenti *allucinazioni uditive*, l'affettività è coartata, appiattita. Il questionario FBF evidenzia un punteggio totale di 64/98. Le aree fenomeniche maggiormente interessate sono: linguaggio (9/10), pensiero (9/10), perdita degli automatismi 9/10; perdita del controllo 7/8; depressività e sovrabbondanza di stimoli 8/10. Enzo ha una storia di poliabusatore: THC, alcol, eroina e cocaina per via endovenosa. Il mondo di Enzo è popolato da nemici, da complotti, e lui è costretto alla fuga dall'*assedio*; il corpo è controllato dalla "satellitarietà", continuamente preservato dagli sbalzi termici, "igienizzato" ed "energizzato". È stato nello spazio, la polvere spaziale gli è entrata nel naso, conserva questi detriti in un cellophane all'interno della giacca. Un patrimonio di milioni di euro gli è stato rubato, così come anche i suoi sentimenti. Non può essere ucciso perché è, ormai, un

[25] Nino, oltre ad essere robusto, è alto 1,9 m, e il suo sorriso, quando è riaffiorato sulle sue labbra, è di straordinaria dolcezza.

*robot* che si nutre di cibi artificiali. Enzo descrive momenti in cui avverte un "indebolimento mentale", in cui è sopraffatto dalle *allucinazioni.* Il *Tattico* è una figura allucinatoria sottoforma di voce, artefice e tiranno di questo destino; presenza che costantemente critica Enzo, gli intima di suicidarsi e fare del male a chi gli sta accanto, e connota la sua quotidianità di fatica e sofferenza. In opposizione Enzo, man mano, *ha dato voce* anche alle parole delle "dottoresse" (*Am*, *Sve*, *Ing*, *Mauritana*), presenze allucinatorie benevole che lo consigliano, e gli "leggono i pensieri". Agganciato fin dall'inizio con estrema delicatezza, risponde bene al trattamento con antipsicotici e frequenta il Centro con assiduità, interagisce positivamente con gli altri utenti e con gli operatori, sviluppa mansioni di responsabilità in cucina. Nonostante il miglioramento, la sintomatologia dispercettiva non subisce una remissione completa. Il *Tattico* è un ospite abituale delle sue notti. Le voci diventano, invece, un *sottovoce*, quando ha la sua *debolezza mentale*[26] le voci prendono il sopravvento. È attualmente coinvolto in un progetto di borsa lavoro.

ENZO:

- Il comportamento del paziente è, adesso, perfettamente adeguato, pur permanendo "automatismi" ideo-verbali e sensoriali;
- Il delirio di influenzamento (tipo Séglas) è stato costruito sull'irruzione passiva e meccanica, sull'imposizione del flusso allucinatorio;
- Il paziente è posseduto da una "personalità seconda" (de Clérambault), che egli chiama: *il Tattico*;
- Incistamento e non diffusione del delirio attraverso i varchi allucinatorio-deliranti;
- Lucidità, capacità intellettuali, apertura al mondo reale discretamente conservata;
- Non si persegue un'atteggiamento psicofarmacologico a tutti i costi *eradicante*;
- Verosimilmente il *danno cerebrale* da sostanze si coagula nella produttività allucinatoria e parassitaria svincolata da tutto;
- Carattere "bizzarro" di alcune tematiche della fase acuta: *schizofrenia evitata*;
- Ricomprensione delle tematiche allucinatorie trattate dentro la *Meinhaftigkeit*;
- Intenso lavoro di condivisione emotiva e di *disingaggio interpretativo*;
- Reinserimento sociale in "borsa lavoro".

[26] Si tratta, qui, di quella particolare esperienza psicotica tematizzata da Janzarik (1979) con il termine di "insufficienza dinamica".

Anche in questo caso il paziente è in trattamento, oltre che con antipsicotici, con un oppioide di sintesi, il metadone, che il paziente stesso non dismette poiché si rende conto che il problema attuale non è caratterizzato più dalla dipendenza da sostanze, bensì dalla necessità di mantenere un equilibrio timico stabile rispetto alla marcata azione di disturbo della componente allucinatoria meccanica[27]. Attualmente il paziente è molto bene integrato nella vita del Centro Diurno e sta per accedere ad una borsa lavoro. La componente allucinatoria meccanica non è più in grado, in altri termini, d'alimentare deliri interpretativi, perché è stata ricompresa nella *Meinhaftigkeit*. La relazione con l'*équipe* curante è fortissima. Per certi aspetti Enzo è diventato, in questi anni, il simbolo del Centro Giano. Venne ingaggiato, nella fase iniziale, una mattina d'inverno abbastanza drammatica, in cui con l'accendino stava dando fuoco a tutte le locandine affisse sui muri del SerT. L'accostamento e il *contatto* da parte di membri della nostra *équipe* consentirono di evitare il TSO.

I primi mesi di rapporto con Enzo sono stati molto difficili. Il suo versante paranoide era, infatti, attivissimo. La terapia farmacologica è stata *mediata* e contrattata da una psicologa che *entrava in contatto*, attraverso Enzo, con le altre *dottoresse allucinatorie* di cui solo lui si fidava. Molto si è giocato con la riabilitazione nel laboratorio di cucina, a cui Enzo si è progressivamente appassionato. In questi anni sono stati a poco a poco risolti i numerosi procedimenti penali a carico di Enzo, per comportamenti ritenuti socialmente pericolosi da lui messi in atto quando non era in trattamento. Enzo aveva subìto, per il passato, diversi ricoveri in cliniche psichiatriche convenzionate, dalle quali era uscito con una diagnosi secca di *schizofrenia paranoide*. Enzo è stato protagonista, con il suo mondo allucinatorio, di svariati incontri di Gruppoanalisi del *Dasein*, in cui ha condiviso con gli altri partecipanti, su piani intensamente affettivi, la propria drammatica esperienza di *ostaggio* del *Tattico.*

[27] In questi casi l'oppioide di sintesi (buprenorfina o metadone), somministrato quale terapia sostitutiva per l'astinenza e la stabilizzazione della dipendenza da oppiacei, va completamente svincolato dai parametri tossicologici e va utilizzato secondo linee guida di ordine psicopatologico. Il salto di questo passaggio è responsabile di scompensi, suicidi, ricadute o agiti frequentissimi in pazienti di questo genere.

## VII. L'"ULTIMO SAMURAI" E IL "DORMIENTE INFERIORE": IL *SENSITIVES BEZIEHUNGSWAHN* DI ERNST KRETSCHMER

Si è mostrato, dunque, come l'approccio psicopatologico sia capace di interfacciare, nei casi descritti in cui è stato ravvisato l'automatismo di de Clérambault, l'*impersonale biologico*. Ora si tenterà di mostrare come lo stesso approccio cerchi di interfacciare con l'*individuale storico*. Condividendo, infatti, con questi pazienti particolarmente delicati e difficili, lo spazio e il tempo del Diurno, sono stati rintracciati alcuni *percorsi di senso*, che, ad un certo punto, sono apparsi essere coerentemente *genetici* del delirio.

La scuola francese colloca il delirio di rapporto sensitivo (*Sensitives Beziehungswahn*) tra i deliri d'interpretazione. Quindi, fondamentalmente, lo considera una diramazione della paranoia. Il tema delirante, qui, è a contenuto di riferimento, e si impianta in soggetti *supersensibili* come reazione a un contesto traumatico. Il delirio, cioè, si sviluppa a seguito di un evento particolare ed ha carattere di *rapporto*, poiché vissuto dal soggetto come l'esperienza cruciale al centro del rapporto con una persona o con un gruppo.

Il *deliroide sensitivo* è stato collocato, storicamente, come forma di passaggio tra nevrosi e psicosi. Il tentativo degli psicopatologi, infatti, è sempre stato quello di distaccare, dalla tetra paranoia (Kraepelin), alcune forme ad evoluzione più benigna.

I tentativi di Wernicke (autopsicosi circoscritta sulla base di idee prevalenti, 1894)[28], Friedmann (paranoia mite, 1908)[29], Gaupp (paranoia abortiva, 1938)[30] vanno tutti in questo senso. Kretschmer porta, tuttavia, in seno a questa tendenza, un contributo decisivo approfondendo lo studio della personalità premorbosa, definendola, per l'appunto, *sensitiva*.

Il "delirio di rapporto sensitivo" (Kretschmer), in questo senso, è ben distinto sia dalla paranoia di Kraepelin che dalla schizofrenia di Bleuler. Secondo Kretschmer neppure tra *sviluppo* e *processo* esiste una netta demarcazione poiché «esistono tutte le forme di transizione, tutte le più svariate combinazioni causali tra fattori processuali e psicologici». *Ambiente scatenante*, *evento-chiave* e *personalità sensitiva* rappresentano, per Kretschmer, il *tripode* caratteristico per la diagnosi di *delirio sensitivo*.

[28] Per i riferimenti bibliografici v. *Paranoia*, di B. Callieri e C. Maci.
[29] *Ibidem*.
[30] *Ibidem*.

Forme descritte da Kretschmer:

- isteriforme con amnesie psicogene e stati crepuscolari;
- ossessiva con impianto transitorio di fenomeni coatti;
- neurasteniforme con una concomitante sintomatologia di esaurimento;
- dissociativa acuta con quadri similschizofrenici ma di rapida guarigione; catatoniforme rapidamente transitoria.

La descrizione della *personalità sensitiva* fu fatta, da Kretschmer, poiché egli aveva colto, in alcuni individui, delle caratteristiche molto particolari. Si trattava di soggetti con una *grande sensibilità* agli stimoli esterni, i quali *entravano* massicciamente nel loro spazio interiore, ma non ne *uscivano*. Tendendo a riservare dentro questi stimoli, questi soggetti si trovavano a dover smaltire un ipercarico emotivo. Soggetti timidi, inadeguati, interpretativi, scrupolosi, perfezionisti. C'è, nella loro storia, un *evento chiave*: queste persone parlano di qualcosa che, ad un certo punto, nella loro vita, li scopre, li denuda, che li fa *vergognare*, che li fa render conto di quanto sono piccoli, insufficienti, di quanto hanno sbagliato. Questo evento viene, tuttavia, enfatizzato, esaltato, e tutto il loro mondo rimane come *sospeso* a questo evento. Quando tali personalità sviluppano un delirio, questo delirio è come un sasso che cade nello stagno, è *concentrico*, ha a che fare con questo evento, che per loro ha mutato il corso della loro vita. L'aspetto delirante, però, non si sviluppa se, accanto a questa componente, che potremmo definire *ipostenica*, cioè di *sensitività*, non c'è anche una componente *stenica*. Sono soggetti, questi, che, sembrerebbe strano a dirsi, non hanno solo il *ventre molle* (Ballerini, 2009), ma hanno anche una *corazza*, cioè sono soggetti combattivi, che, in qualche modo, poi, sono pronti a fare il grande atto d'orgoglio, a dimostrare di essere *uomini*. Sono soggetti sensibili, delicati ed, al tempo stesso, orgogliosi, testardi. È più chiaro, ora, il senso del tripode, cui si accennava prima, formato dal *carattere sensitivo*, dal *contesto*, che, ad un certo punto, non volge a loro favore, e dall'*evento chiave*, che li smaschera. C'è, in ogni caso, una *vergognosa* esperienza di insufficienza all'origine della malattia, che concerne, soprattutto, le sconfitte *etico-sessuali*. Qui si sono divise due scuole di pensiero: la scuola di Heidelberg tende a non considerare deliranti questi pazienti, poiché se li si riesce a *comprendere* non ci si trova più al cospetto di un delirio primario; la scuola di Tubinga, invece, tende ad allargare la comprensione anche in ambiti che potremmo definire primari.

Ballerini e Rossi Monti (1990), sviluppando l'impostazione di Tubinga, sostengono che, a ben vedere, *nuclei kretschmeriani* affiorano anche in altri deliri, sebbene diversi da quelli sensitivi, ed una volta percepiti, nel *rapporto terapeutico*, possono diventare una specie di *guado*, su cui appoggiare i piedi tra le due sponde dell'incomprensibilità. Questo è un elemento fondamentale per innestare, così come è nel nostro intento, la psicoterapia sulla *slitta* della psicopatologia. *Entrare nel mondo del delirio, rintracciando una continuità di senso, che lega carattere, storia dell'individuo, esperienza vissuta ed ambiente, diventa una via privilegiata di accesso alle sindromi paranoidi* (Ballerini, Rossi Monti, 1990).

Per alcune sostanze d'abuso, invece, forse, possiamo parlare di una sorta d'imprevedibile "effetto Kretschmer": molti *allucinogeni*, infatti, non producono delle vere e proprie allucinazioni, ma sono sostanze che *svelano* la mente, *liberano* (effetto *psico-litico*, *psichedelico*, *entactogeno*) contenuti angosciosi legati a pregresse o fantasticate esperienze traumatiche. Gli stupefacenti, in altri termini, inducono dispercezioni, ripescando memorie traumatiche o producono un'allucinazione del ricordo. Queste allucinazioni allarmano il soggetto, che, in una prima fase, riconduce l'esperienza alterata all'assunzione di sostanze, poi, invece, dopo un po', il soggetto si convince che qualcosa è veramente cambiato, *interpreta* e collega tra loro le allucinazioni. Iniziano così, dentro di lui, i *deliri sistematizzat*i, a cui segue uno *sviluppo paranoide*, poi, in alcuni casi, il deterioramento schizofrenico.

Dovremo essere in grado, in qualche modo, di *smontare* questa sequenza, riconducendo il soggetto alle origini psicogenetiche del delirio.

## VIII. FRANCESCO (1974): L'"ULTIMO SAMURAI"

Accede al nostro Servizio nel febbraio '08, già in trattamento farmacologico. L'esame psichico evidenzia: trascuratezza nella cura della persona; irrequietezza motoria, tremori; apatia, atteggiamento negativistico, umore depresso, incontinenza emotiva; eloquio rallentato, pensiero prolisso e tangenziale con idee deliranti di inadeguatezza e svalutazione di sé, di riferimento e persecutorie; idee suicidiarie, dispercezioni uditive e visive riferite solo sotto effetto di LSD. Inizia a diciassette anni l'utilizzo di sostanze con THC, poi passa all'LSD, funghi, cocaina, popper. Il paziente attribuisce ad un *bad trip*[31] (*scomparsa del soffitto e visione del cielo*) la sua attuale condizione, i suoi *deficit* mnestici e l'isolamento relazionale in cui si trova. Dalla somministrazione del questionario FBF emerge un

[31] "Cattivo viaggio": esperienza dispercetiva indotta da LSD a contenuto terrifico.

punteggio totale di 35/98. Le aree fenomeniche maggiormente interessate sono: pensiero 5/10, perdita degli automatismi 5/10, anedonia ed ansia 5/10. Da cinque anni il paziente frequenta una palestra e pratica Aikido, con due amici con i quali condivideva l'utilizzo di THC. Per Francesco il Centro Giano è «l'ultima spiaggia, per la quale ha strappato un biglietto di sola andata». Dice di essere *straziato* da un dolore senza nome, ed aggiunge di sentire un *giudice* interno che proviene da se stesso, che lo valuta e lo controlla. Francesco ha, sulla superficie dorsale dell'avambraccio destro, una costellazione di cinque bruciature di sigarette. Durante un incontro di gruppo, racconta che si è procurato tali lesioni per contrastare un dolore proveniente «da un groviglio di mostri che ha nello stomaco». Francesco si lascia molto toccare e suggestionare dalle storie e dalla sofferenza altrui, tant'è che si lascia andare spesso, e senza controllo, ad una "emorragia" di lacrime. La personalità di Francesco appare caratterizzata da una sensibilità estrema, a tratti esasperata: eventi o parole, anche ordinarie o apparentemente insignificanti, producono, dentro di lui, una risonanza emotiva profonda, sfociante nel pianto, che lo porta a ripiegarsi su se stesso e a sottrarsi al confronto e alla relazione con l'altro. Un profondo senso d'inadeguatezza e d'inferiorità associato alla perdita della speranza di essere compreso, contribuiscono a far sì che Francesco si abbandoni ad uno stato di prostrazione, di perdita, quasi ad una inerte deriva esistenziale. C'è un punto, in quest'uomo, dolorosamente vulnerabile, che egli cerca, a tutti i costi, di tenere nascosto. La *vergogna* è quella di essersi drogato, pur provenendo da una famiglia *per bene*, e, soprattutto, quella di essersi trovato, ad un tratto, completamente *nudo*, indifeso; l'*evento chiave* è rappresentato dallo *scoperchiamento* del tetto di casa. Questo scoperchiamento del tetto, indotto dall'acido lisergico, diventa la metafora dello svelamento di tutta la sua inadeguatezza. Il suo *essere-nel-mondo* da drogato diventa, insieme, la sua disfatta etica e la sua disfatta umana.

FRANCESCO:

- Condivisione, ricompattazione emotiva e sostegno;
- L'intuizione del "Kretschmer" è una scoperta che tranquillizza l'*équipe* di fronte alla continua caduta del tono dell'umore, fin quasi al disfacimento psichico;
- Evitare il cortocircuito inutile di farmaci-sintomi: le catastrofi sensitive non rispondono agli *antidepressvi*;
- Trattamento con *antipsicotici atipici e stabilizzatori*;
- Aspetto astenico (sensitività) e aspetto stenico (Aikido) come elementi propulsori del *delirio*;

- La vergogna di essersi drogato in una famiglia borghese, di essere inadeguato, di essere così nudo e indifeso. L'evento chiave è lo scoperchiamento del tetto;
- Da "evento" puntiforme (*Bad trip* da *LSD*) a *situazione* generalizzata (*essere-nel-mondo-di-un-drogato*).

Francesco rappresenta, per certi versi, il segno della trasformazione, verificatasi negli ultimi anni, dello stile di consumo di stupefacenti e l'impatto che questo ha avuto in termini sociali e psicopatologici. Quella di Francesco è una famiglia borghese, con genitori professionisti e i fratelli di Francesco sono tutti ben inseriti socialmente. Lo stigma del *drogato*, in questa famiglia, è quello del *perdente*, del *degenerato morale*, dello *stupido*. Francesco, come molti altri suoi coetanei, non utilizzando l'eroina endovenosa, riteneva di non sviluppare alcuna dipendenza. Le sostanze che utilizzava lui, le cosiddette *club drug* o *dance drug*, lo distinguevano dai drogati da strada e lo contrassegnavano più come uno sperimentatore di percezioni, piuttosto che come un volgare e qualunque *tossico*. Le cose, naturalmente, non sono andate così. Oltretutto si è verificato, almeno per Francesco, il crollo della struttura e della tenuta psichica rispetto alla realtà. Francesco si è ritrovato, alla fine, non solo *tossico*, ma privo di mondo, di cura, di progetto, di amori, di amici e, soprattutto, privo della considerazione della famiglia. Per una famiglia borghese rivolgersi ad un servizio pubblico delle dipendenze, nel Sud è ancora una *vergogna* e, in qualche modo, anche una *colpa.* La sintomatologia di Francesco lascia stupefatti. Un *lago di lacrime* e ogni tentativo di ricostruzione si trasforma in un supplizio di Sisifo, poiché, dopo un po', tutto crolla di nuovo. Francesco si sostiene e si distrugge fumando quantitativi industriali di "canne"[32], che, in qualche, modo vanno anche ad interagire con gli altri farmaci. Anche qui l'intuizione di nuclei kreschmeriani, in una versione isteriforme, ha ad un certo punto tranquillizzato l'*équipe*, soprattutto rispetto alle improvvise catastrofi sensitive di Francesco. Il suo trattamento si è interrotto perché Francesco, recuperato un provvisorio stato di benessere, dopo soli sette mesi di diurno, ha deciso di non frequentare più. Da informazioni acquisite ci risulta che sia ricaduto nell'uso di cannabinoidi e che il suo stato psichico sia peggiorato. Il suo maestro di Aikido è stato ricoverato in psichiatria con un TSO.

[32] Spinelli, quindi a base di THC.

## IX. GIANLUCA (1974): IL "DORMIENTE INFERIORE"

Accede alla nostra osservazione nel 2005. Il contatto con lui è preceduto dalla visita della sorella, che lo descrive come reduce da una permanenza a Londra di otto anni, anche se al momento vive rinchiuso in casa. Si stabilisce un primo contatto con il paziente durante una visita domiciliare. L'esame psichico evidenzia: aspetto trascurato, atteggiamento chiuso e diffidente, umore appiattito, pensiero incongruo e rigido, con fenomeni di influenzamento, furto, eco, trasmissione, lettura, riferimento. È presente un articolato delirio di persecuzione, con *allucinazioni* visive e uditive, il linguaggio è povero, le frasi brevi e spezzate. Dai venti ai ventotto anni ha vissuto a Londra assumendo molteplici sostanze d'abuso (ecstasy, funghetti, ketamina, LSD, THC, psilocibina). Dal questionario FBF (autosomministrato) emerge un punteggio totale di 23/98. Aree critiche: pensiero 6/10 e memoria 4/10. Il mondo vissuto di Gianluca è caratterizzato dalla seguente situazione: lui è al centro di un enorme complotto, si sente piccolo, meschino, impotente, manovrato e in pericolo con tutta la sua famiglia. Gianluca vive in un mondo di casta, diviso in due grandi categorie: i *Dormienti* o non ebrei; gli *Altri*, i Dominanti, di origine ebraica. I *Dormienti*, per maleficio o per difficoltà genetiche di ritardo mentale, sono destinati ad essere schiavi per tutta l'esistenza degli *Altri*. I *Dormienti*, solo apparentemente esseri umani *pieni*, sono assoggettati a vivere una vita di secondo piano, senza poter mai ascendere di grado, dediti a soddisfare le esigenze e gli ordini dei *superiori*. Gli *Altri*, invece, possiedono dei poteri in grado di controllare e sfruttare i *Dormienti*, ed hanno una conoscenza eccelsa dei segreti della vita. Durante l'adolescenza, Gianluca è stato sorpreso, un giorno, sotto la doccia, dal constatare quanto i suoi genitali, ma in particolare, i suoi testicoli, fossero piccoli, rispetto a quelli dei compagni. L'idea, successiva, che tutti potessero vedere questi testicoli piccoli, gli ha attraversato la mente come una scossa vergognosa ed insostenibile. Lui, inoltre, è l'ultimo figlio di genitori anziani, ignoranti, piccoli di statura, miserabili. Gianluca ha costruito, sulla propria vulnerabilità e dopo un uso massivo di stupefacenti allucinogeni, un sistema, quello dei *Dormienti*, che, in qualche modo, giustifica e legittima questa sua antica e vergognosa scoperta. C'è lo strapotere del *sentimento di vergogna*, che, in questo caso, non è stato solo generatore di delirio, ma è stato, anche, un potente alimentatore del bisogno di sostanze stupefacenti. Gli stupefacenti hanno avuto, prima, un effetto *coprente* e, poi, un effetto *smascherante* la vergogna originaria. I suoi stessi testicoli sono molto piccoli, quasi inesistenti, affinché egli non possa procreare lasciando proliferare la razza dei *Dormienti*. Quando le persone che circondano Gianluca cercano di aiutarlo vengono "controllati" da un'entità "diabolica", che ne assume le coscienze e agisce per farlo *ristagnare* nella sua apatia, e nell'ineluttabilità della sua condizione di *sottomesso*. Il controllo dei persecutori è esercitato costantemente a distanza. Tutte le azioni intraprese vengono boicottate. Gianluca si è frequentemente distaccato dal Centro e durante uno di questi ritiri ha tentato il suicidio in-

gerendo quaranta compresse di un *antipsicotico atipico* con cui era in terapia. Nel tempo tutta questa sintomatologia è abbastanza rientrata, grazie ad un enorme lavoro svolto sul filo della relazione personale. È stato motivato ad assumere buprenorfina come stabilizzatore del *sistema oppioide*. Attualmente Gianluca è coinvolto in un progetto di borsa-lavoro.

GIANLUCA:

- L'intervento ha sottratto il paziente alla chiusura autistica;
- Relativa conservazione dell'io a fronte di un funzionamento sociale crollato;
- Il lavoro di condivisione, supporto emozionale e motivazione è continuo;
- Sono venuti in primo piano gli aspetti di sofferenza legati alla personalità sensitiva;
- Lo strapotere del sentimento di vergogna (Ballerini, 2009) come generatore del delirio ma anche come alimentatore del bisogno di sostanze;
- Il Centro diventa il campo dove si scontrano le forze ostili: i controllori e la speranza di essere accettato;
- Sta per accedere ad una borsa lavoro.

La Salute mentale competente per territorio, in questo caso, si era addirittura rifiutata di andare a fare la visita domiciliare poiché aveva raccolto, dal racconto disperato della sorella, la notizia dell'utilizzo di stupefacenti in anamnesi. Se il nostro Dipartimento delle dipendenze non fosse stato dotato d'un'Unità Operativa specifica, il destino di Gianluca sarebbe stato *segnato*. L'intervento e, soprattutto, la relazione che ne è conseguita, hanno sottratto Gianluca alla chiusura autistica e alla progressione schizofrenica, di cui Gianluca reca tutte le stigmate. Anche in questo caso abbiamo trovato un Io relativamente conservato, rispetto ad un funzionamento sociale crollato. C'è stato un grosso lavoro di condivisione, a mano a mano che sono venuti in primo piano gli aspetti legati alla personalità sensitiva («Ci vorrebbe troppo tempo e troppa vergogna per affrontare tutto quello che devo affrontare» – dice Gianluca). Il Centro è diventato il campo dove si sono scontrate le forze ostili e la sua speranza di essere accettato; anche il Centro, dunque, è entrato nel campo delirante. Ci sono giornate in cui Gianluca non ce la fa a venire, e quando non viene pensa che noi siamo i famigerati *controllori*. Con questi pazienti l'equilibrio è tenuto e perso continuamente, però, di fatto, in questo caso, siamo intervenuti, in qualche modo, tardi e, nono-

stante ciò, ancora c'è la possibilità di rintracciare dei percorsi genetici. Gianluca ha affrontato la sua ritrosia verso il mondo recitando un monologo a teatro durante una trasferta a Trieste del nostro Centro. Per i suoi lineamenti fissi, d'apparente, ieratica saggezza, viene soprannominato, dagli altri pazienti del Centro, l'*azteco.*

Spesso, nel gruppo daseinanalitico, Gianluca finisce per interpretare il ruolo dello psicotico congelato come nel *giardino delle statue di sale* (Del Pistoia, 1997).

## X. Delirio e destino

L'osservazione "diadromica"[33], cioè attraversante longitudinalmente il corso del tempo, in tutti i casi descritti, si è rivelata essere *fondamentale* per i dati psicopatologici rilevati e per la realizzazione di un efficace percorso di cura. L'acquisizione di una prospettiva psicopatologica coerente, in altri termini, ci ha consentito di *minare* la cronificazione delle *pseudo-diagnosi* precostituite sulla base dei soli sintomi produttivi:

1) Nino ed Enzo sono caratterizzati da una protratta esperienza di abuso di sostanze che ha generato sintomi allucinatori *persistenti* e *resistenti* al trattamento farmacologico, sui quali i soggetti hanno *sovrascritto* una semantica delirante;
2) Francesco e Gianluca sono caratterizzati da *personalità sensitive* nelle quali l'esperienza allucinogena ha rievocato un vissuto traumatico che ha finito per soverchiare le risorse dell'io e per *generare* un delirio concentrico all'evento.

Al di là delle diagnosi preconfezionate da DSM-IV, l'analisi *psicopatologico-strutturale* ha intercettato, dunque, queste quattro persone lungo il frastagliato e certo non lineare decorso di una psicosi delirante-allucinatoria cronica, ovvero caratterizzata dalla presenza persistente di un *delirio allucinatorio cronico*, pur senza la disgregazione di tutta la personalità e di tutta l'esperienza della realtà, cionondimeno totalmente lesiva sul piano del funzionamento sociale.

Che fine hanno fatto, allora, nella psichiatria contemporanea, questi due importanti costrutti psicopatologici classici: la *sindrome dell'automatismo mentale* di de Clérambault e il *delirio di rapporto dei sensitivi* di Kretschmer?

[33] Nel senso caro a S. Piro.

Sembrerebbe, infatti, che gli ultimi decenni di psichiatria pragmatica, ossequiosa ai criteri operazionalizzati e convalidati da dati di ordine statistico-epidemiologico, ne abbiano fatto piazza pulita[34].

Questo lavoro ha mostrato, invece, come, quasi incredibilmente, proprio questi *antichi* costrutti, fatti risonare grazie ad un clima impregnato di sguardo e di ascolto fenomenologici, siano tornati estremamente utili in una pratica istituzionale difficile, centrata sulla presa in carico di pazienti tossicomani-psicotici. Tali costrutti, di fatto, hanno aiutato concretamente l'*équipe* curante, oltre che sul versante comprensivo, anche, e soprattutto, sul versante terapeutico. «La fenomenologia psichiatrica ricerca una visione tipologica delle strutture intenzionali di significato (l'intersoggettività, la temporalità, il corpo, il racconto e il Sé), e, tendendo ad individuare degli ordinatori psicopatologici di livello superiore rispetto a frammenti sintomatologici, ha portato avanti il tentativo di fondare una scienza oggettiva – nel senso del rigore e della comunicabilità – dei fenomeni soggettivi, delineando la cogente integrazione fra la dimensione "impersonale-biologica" e quella "individuale-storica" nel concreto attualizzarsi dei disturbi mentali e nel concreto approccio terapeutico ad essi» (Ballerini, 2009).

Dalla psicopatologia alla psicoterapia. Passaggi metodologici:

- applicazione *rigorosa* del metodo psicopatologico alla pratica clinica;
- attualizzazione di alcuni classici organizzatori psicopatologici;
- *ingaggio* della psicopatologia tra l'*impersonale biologico*, da una parte – in questo caso le sostanze d'abuso – e l'*individuale-storico* (Ballerini, 2009), cioè i percorsi genetici della personalità sensitiva, ritrovata nella compagine di deliri ben costruiti sul piano paranoideo;
- utilizzazione del potente *significato modulante delle emozioni* (Ballerini, Rossi Monti), nella *diurnità* tra operatori ed utenti;
- "messa in scacco" del delirio;
- implementazione della psicoterapia fenomenologica nei confronti delle esperienze e delle sindromi paranoidee.

[34] Si tratta di elementi semiologici molto ricchi di spunti relazionali, e quindi terapeutici, ancora vivi, certo, nell'impostazione di clinici della vecchia generazione, ma del tutto privi di risonanza, invece, nei clinici della nuova generazione, cresciuti ben lontani dalla psicopatologia classica, di cui la fenomenologia rappresenta, per opinione condivisa, la migliore tradizione.

Il primo passo verso la "messa in scacco" del delirio è consistito, allora, nella sua *de-processualizzazione* e nella sua *ricontestualizzazione* secondaria.

Il delirio, sostanzialmente, è stato colto, in tutti i casi clinici esaminati, non tanto e non più come elemento *primario*, quindi *processuale* e *inderivabile*, quanto, piuttosto, nei casi di *automatismo*, come una *reazione (comprensibile) del soggetto di fronte ad una irruzione allucinatoria*, indotta dalle sostanze, che il soggetto stesso, ad un tratto, non ha potuto più legittimare e controllare, se non *interpretando* e ricollocando i dati dell'esperienza allucinatoria in un *nuovo* orizzonte di significato. Nei casi dei *sensitivi*, invece, il delirio è stato *ricondotto* a pieno nella matrice *personologico-individuale-storica* della persona, colta come un *essere-a-modo-proprio-nel-mondo*.

Di fatto, come si può arguire, si è proceduto ad una sorta di *smontaggio* del delirio, che – riconcettualizzato da *inderivabil*e e, quindi, *incomprensibile*, a *derivabile* e, quindi, *comprensibile* – è diventato, alla fine, aggredibile e modificabile dalla relazione (psico)terapeutica *duale* e di *gruppo.*

Una volta identificate le fonti (psico)genetiche del delirio (complessi automatici o nuclei sensitivi) si è andati a circoscriverle e a ridimensionarle, in modo tale da *togliere piede, tagliare terreno e alimentazione alla deliriogenesi*.

Ne è derivato, nel tempo, un vero e proprio *decadimento* dell'impianto delirante ed un immediato e progressivo miglioramento del rapporto con la realtà. Il delirio, in altri termini, è stato *messo* e *tenuto in scacco*, cioè circoscritto, incistato, *clivato* dal piano allucinatorio e *ridotto* nei termini ipotetici di una possibile, ma non più così certa, *versione del mondo*.

L'intervento terapeutico, messo in atto dall'*équipe* curante, in modo integrato, complanare e individualizzato ha puntato, nei primi due casi, al *clivaggio* del delirio, cioè alla disarticolazione di questo delirio, che dal paziente era stato *sovrascritto* e *allacciato* alla componente allucinatoria (de Clérambault), attraverso la neutralizzazione del versante interpretativo. Negli altri due casi, invece, il trattamento ha puntato alla ricomprensione della matrice (psico)genetica del delirio, accompagnando il paziente nel *cuore* stesso dell'insostenibile dimensione della vergogna (Kretschmer).

È massimamente evidente, ora, il ruolo giocato, in questa operazione, dalla riconcettualizzazione psicopatologica, nel senso che, senza l'intuizione e la conoscenza della sindrome di de Clérambault e del de-

lirio di rapporto di Kretschmer, questa operazione, nei puri termini del DSM IV, non sarebbe stata in alcun modo possibile[35].

A questo punto è maggiormente chiaro che, in tutti e quattro i casi esaminati, il funzionamento sociale dei soggetti era crollato non tanto per la supposta disintegrazione dell'io o per le sopraggiunte deficitarietà cognitive o negatività (come ritenevano i precedenti psichiatri curanti), quanto, piuttosto, per l'effetto "domino" di un pensiero delirante, il quale, pur non *primario* o *rivelativo*, stava, cionondimeno, compromettendo a mano a mano tutto *l'esame di realtà*. Poiché o *primario*, o *secondario*, un delirio alla fine è sempre un delirio, e come tale tende, in ogni caso, a distaccare il soggetto dalla realtà, per sostituire quest'ultima progressivamente con un'altra realtà. Per non parlare del ruolo giocato dalle sostanze d'abuso, prima nella genesi delle sintomatologie, poi nella copertura delle stesse[36].

Un'altra acquisizione di senso per noi è stata che, sul limitare della *psicosi organica*[37], come dimostrato dai casi descritti di "de Clérambault", è possibile, cionondimeno, l'*incontro.*

Il riconoscimento dell'automatismo mentale, infatti, ci ha consentito di capire che il disturbo irritativo dei centri psicosensoriali, gestito farmacologicamente e non oltre un certo limite, non vieta affatto di strutturare una profonda relazione empatica con il paziente. In questi casi lo spazio allucinatorio, cioè il piedistallo su cui il paziente, secondo de Clérambault, aveva costruito la statua del delirio, è stato riconosciuto, delimitato, condiviso e, ad un certo punto, addirittura concretamente *conteso*[38] da figure reali, vive, amiche[39]. Fino a quando il paziente non lo ha ricompreso dentro l'area del sé.

---

[35] È evidente come la psicopatologia finemente descrittiva abbia fornito la sponda, il guardamano, il supporto per tutta una serie di passaggi e di articolazioni, grazie soprattutto alla sua struttura multi *stratificata* (Scheler), laddove il piano monodimensionale, benché multiassiale, del DSM IV, non avrebbe fornito appigli.

[36] Di fatto è evidente, in questi casi, come la sovracomponente delirante è in grado d'impedire, in entrambe le ipotesi, un rapporto adeguato con la realtà, anche a fronte di un Io relativamente integro (effetto nebbiogeno del delirio). Cosa che, invece, un po' più difficilmente accade nelle sindromi paranoidee senza abuso di sostanze.

[37] Ovvero di fronte ai casi di Nino ed Enzo, in cui la quota psicotica allucinatoria era veramente non sopprimibile, e come tale probabilmente correlata ad un danno cerebrale minimo da poliabuso cronico di stupefacenti.

[38] Quando la nostra collega psicologa *media* con Enzo il numero di gocce di antipsicotico che deve prendere ogni mattina, consultandosi con le dottoresse ING, SVE e AM, sta in qualche modo attuando il discorso della *prassi mimetica* di Calvi, con un'interpretazione inedita di questa nozione. Ella, cioè, diventa *una* delle dottoresse amiche di Enzo e si consulta con loro, attraverso la mediazione di

L'espressione "*sabotage*", utilizzata nel titolo di questo lavoro, potrebbe sembrare enfatica ed iperbolica rispetto alle pratiche della cura che, nella *routine* dei servizi, vengono messe in atto. Lo stesso dicasi per il termine *destino*. In questo senso, evidentemente, come già alludeva la poetessa/filosofa Maria Zambrano, il *delirio* è, in qualche modo, un *destino*. Anzi, forse, il delirio *è* il destino. Ma, a ben vedere, non è così. O, almeno, laddove s'intervenga con rigorosi criteri psicopatologici, non è sempre così.

I soggetti descritti – soprattutto Nino, Enzo e Gianluca – tutti senza congrui appoggi familiari, senza servizi sociali di riferimento, intossicati da sostanze stupefacenti, sono stati ingaggiati e "incontrati" lungo i binari di una pseudo-*processualità*, al termine della quale la schizofrenia diventa, se non il nucleo di partenza, se non il *core* psicopatologico del disturbo, una sorta di estuario o di delta, o, continuando la metafora del binario, un tragico capolinea. Un porto delle nebbie, una notte, in cui *tutte le vacche* purtroppo, alla fine, *diventano nere*. Uno dei punti critici, infatti, è proprio questo. Sebbene l'analisi psicopatologica progressiva abbia smantellato la preconfezionata e preconcetta diagnosi di schizofrenia, tutta l'area del funzionamento socio-lavorativo dei soggetti era, e sarebbe continuata ad essere, grandemente minata, come se realmente essi fossero *schizofrenici cronici processuali*. Né l'intervento farmacologico, per quanto corretto e adeguato, sarebbe bastato, da solo, ad arginare il percorso/processo psicopatologico.

L'aspetto centrale del "*sabotage*" concerne, dunque, innanzitutto, come è già stato evidenziato, il salto dal binario processuale (delirio) ad un mosaico psicopatologico più fluido (deliroide). Il primo passo, dunque, è stato quello d'applicare il rasoio psicopatologico (Rossi Monti, Stanghellini, 1996)[40] alla confusione. Grazie all'allargamento

---

Enzo, mentre, di fatto, resta anche la dottoressa (buona) di carne ed ossa ancorata alla realtà.

[39] La voce femminile, la dolcezza, l'amichevolezza della collega infiltrata nel mondo allucinatorio di Enzo si sono innestate sulla percezione di amicizia, protezione e sostegno delle dottoresse allucinatorie, necessarie controparti positive del *Tattico*, fino a quando esse sono scomparse, poiché Enzo aveva nuovo amici di cui fidarsi. Come a prenderlo lentamente in consegna.

[40] «Abbiamo a questo proposito parlato di *rasoio psicopatologico* cercando di mostrare come nella comunità degli psicopatologi si pratichino due fedi distinte e contrapposte: da un lato vi sia chi sostiene che il rasoio psicopatologico è in grado di distinguere, senza fare ricorso a criteri extra-sintomatologici (come il decorso o lo sfondo in cui si collocano i sintomi), tra fenomeni psicotici schizofrenici e non (affettivi o dell'area paranoicale, ad esempio). Dall'altro invece c'è chi al contrario sostiene l'indistinguibilità di fenomeni psicotici occorrenti nel contesto di diverse sindromi psicopatologiche o comunque l'inservibilità del criterio puramente

dell'orizzonte comprensivo così ottenuto si sono potuti effettuare, poi, un'appropriata stabilizzazione *tossicologica* con farmacoterapia *oppiacea* e il forte ridimensionamento di aree sintomatologiche discrete di marca psicotica. La ricontestualizzazione del quadro psicopatologico in termini di maggiore comprensibilità ha avuto, dunque, una ricaduta immediata sull'operatività[41] terapeutico-riabilitativa.

## XI. PSICOTERAPIA FENOMENOLOGICA "DUALE" E "GRUPPALE"

La *psicoterapia*, in questo caso praticata con pazienti gravi in un servizio pubblico, è di ordine fenomenologico, poiché strettamente legata, come è stato mostrato, a vettori di indirizzo e ad ordinatori di senso francamente ed esclusivamente psicopatologici (Ballerini, 2009).

---

sintomatologico per porre la diagnosi differenziale, ad esempio, tra una psicosi schizofrenica paranoide ed una psicosi maniacale. Volendo riproporre l'esempio classico della percezione delirante, coloro che sostengono la efficacia del rasoio psicopatologico portano come argomento la diversa articolazione di questo fenomeno psicotico in contesti nosografici diversi. Da un lato la percezione delirante tipicamente schizofrenica sarebbe caratterizzata dal dispositivo antropologico della rivelazione, mentre quella rilevabile nel contesto di una psicosi affettiva sarebbe contrassegnata dal dispositivo antropologico della conferma. L'esperienza schizofrenica di rivelazione è caratterizzata dall'emergenza di un elemento di novità che si staglia sproporzionatamente e si impone sullo sfondo della biografia del soggetto con la quale non ha alcun rapporto di continuità apparente, almeno dal punto di vista del soggetto stesso. La rivelazione cioè apre le porte di un mondo nuovo. L'esperienza delirante della conferma invece non è vissuta con il crisma della novità e della sorpresa (dell'*Eureka*) bensì come l'ennesimo avvenimento della vita vissuta che suggella quanto il soggetto già sa di se stesso: nel caso del melancolico la colpevolezza, nel caso del maniacale la grandezza. Seguendo questa falsariga e sulla base di un approccio fenomenologico all'analisi del sintomo, Alfred Kraus (1994) ha proposto un criterio psicopatologico centrato sull'analisi puramente formale (non sul contenuto) dell'esperienza delirante capace di distinguere trasversalmente tra delirio propriamente schizofrenico e fenomeni deliranti non schizofrenici e cioè inerenti alle psicosi affettive e paranoicali» (Rossi Monti e Stanghellini, 1999).

[41] Il riconoscimento di aspetti nucleari relativi ai costrutti "de Clérambault" e "Kretschmer", poi, non deve affatto indurre a ritenere che i soggetti fossero meno gravi, e che sono migliorati semplicemente perché era stata sbagliata la diagnosi (non erano veri schizofrenici… perciò sono migliorati). All'accettazione essi erano già in trattamento farmacologico antipsicotico e i quadri clinici erano molto confusi, i soggetti demoralizzati, alterati, ma soprattutto deliranti e allucinati, nonché preda di *craving* per stupefacenti.

Quando si *sgonfia* la vela del delirio, finalmente, rimangono le piccole voci, sottofondo e sottovoce, di cui il malato stesso sorride, o rispetto a cui torna ad essere *perplesso.* Qui la dimensione della *perplessità*, che Callieri considera la *cifra* della crisi dell'intersoggettività, della capacità di costituire l'altro, della *Vertrauen* husserliana, diventa, invece, paradossalmente, una tappa fondamentale del *ritorno*, o dell'uscita dal delirio. Il segno del *guado* (Ballerini, 2009), cioè del passaggio verso la riva della realtà condivisa. Se è vero, infatti, che la perplessità[42] è crisi dell'intersoggettività, il delirio, invece, è una realtà completamente *altra* e *impermeabile*; pertanto, se la perplessità è un passo indietro rispetto alla realtà, la stessa perplessità, a ben vedere, rispetto al delirio, configura un passo avanti, ovvero un passo in uscita. Poiché, in un *continuum* di transizione (Koehler; Klosterkoetter), la *perplessità* si trova in mezzo, tra la realtà e il delirio.

Psicoterapia fenomenologica delle sindromi paranoidi:

- Agganciare il paziente, incrementare l'essere nella relazione duale (*être-à-deux*; *Mit-Dasein*);
- contenere l'angoscia, lavorare sulla comprensione psicogenetica del delirio, isolare gli automatismi;
- tentare di stabilire il confine di contatto tra la *persona* e il *delirio*;
- valorizzare i passaggi, le transizioni, il *continuum* nel senso della reversibilità;
- togliere combustibile al delirio: attenuare la disforia, legata a rabbia, vergogna, colpa;
- delimitare e ridurre il delirio dentro la breccia aperta dalle allucinazioni;
- clivare il piano interpretativo dal piano dispercettivo;
- lasciar "seccare" il versante delirante, una volta deconnesso da quello allucinatorio, o da elementi personologici suscettibili;
- affrontare la *perplessità* in uscita dal delirio: stare vicini nello smantellamento delle convinzioni, nel caos tra il già e non ancora;
- sostenere il paziente nel rinvenimento di un nuovo senso (*sensus communis*, *common sense*, *Gemeinsinn*);

[42] «La perplessità […] indica in modo singolarmente efficace il dissolversi e il destrutturarsi dell'univocità della comunicazione con l'altro-da-sé; dall'alterità all'alienità» (Callieri, 2001).

- ampliare l'*insight* su *automatismi* e *sensitività*, come elementi propri e non estranei;
- sostenere il paziente nel ritorno al mondo e nella costruzione di mondo;
- attualizzare la speranza di poter finalmente *essere-con-qualcuno-nel-mondo.*

*Stare* nella perplessità, *con* il paziente psicotico, rimanergli presso, a volte per mesi, o per *anni*, non è certo facile per il terapeuta. *Flottare*, in un certo senso, con la coscienza del paziente, mantenere indefinito l'orizzonte dei significati, attendere[43], mentre si cerca di giuntare monconi di fili spezzati, tracce d'intenzionalità interrotta, tra aderenze deliranti e residui di realtà, tra freddo, silenzio, polvere e accensioni di guizzi improvvisi. I minuti, nella stanza del colloquio, diventano quasi gocce di piombo, l'angoscia dell'indeterminato – quello che Callieri (1978) chiama *unkanny* – è tremenda, ed è forte la tentazione, da parte del paziente, ma anche, talvolta, da parte dell'estenuato terapeuta[44], di scivolare verso le abbandonate certezze deliranti, pur di ridurre l'angoscia. La tanto faticata *Partnershaft* tra clinico e paziente rischia, a questo punto, di andare mille volte in pezzi, anche perché sia gli automatismi che la vergogna vengono destituiti da bracci di leva e considerati niente altro che espressioni della propria vulnerabilità. Ma tutto è estremamente faticoso e angoscioso: meglio il nichilismo autistico o l'amplesso delirante a questa sorta *parto distocico della vita*. Qui, allora, si sente, forte, il timbro della *Sfida*[45]. Questo, in altri termini, è il momento in cui più determinante e cruciale si fa il ruolo giocato da

[43] "*Seinlassende*", dice Binswanger, ovvero mettersi in un atteggiamento che tende ad una comprensione non interventistica, ad un silenzio privo di voce (*Lautlos*), un qualcosa che ha a che fare, da un lato, con l'abbandono all'essere di Heidegger, la *Gelassenheit*, da un'altra parte con le lenta ripresa di quella *fiducia* husserliana, dove incontro dopo incontro si coltiva la speranza che l'esperienza continui (o riprenda) ad esistere nel medesimo stile costitutivo che, in questo caso, aveva prima dell'irruzione del patologico.

[44] Qui si consuma quella che Benedetti (1997) ha definito la *sfida esistenziale* nella psicoterapia dei pazienti psicotici: il sé del terapeuta non può assolutamente rimanere intatto di fronte alla frantumazione dell'*altro-da-sé* che sta *di-fronte-a-sé* e che è il paziente. Di fatto il terapeuta deve, in qualche modo, *sbriciolare* il proprio versante di contatto con il paziente per offrirgli la possibilità, successivamente, di "costruire per frammenti" quello che è andato perduto.

[45] «Sfida psicopatologica (*psychopathologische Herausforderung*): che avviene tra due reciproci sfidanti. Lo psicoterapeuta con la sua esistenza personale totale e il paziente psicotico, con le sue forme esistenziali, le situazioni limite e le trasformazioni morbose della sua esistenza» (Barison, 1994).

tutto il *milieu* ambientale nel fornire al paziente (ma anche allo stesso terapeuta)[46], *disidentificatosi* dal delirio, una sorta di *calco*, un'identità provvisoria, vaga, buona eventualmente per tutte le misure, un *salvacondotto* nel mondo fatto, a sua volta, di altri profili umani, che cominciano a stagliarsi nella nebbia, ma che sono ancora nebbiosi. Il tutto in un clima che non ti chiede mai troppo, dove, a tua volta, puoi anche vagare, sostare, andare, interagire con chi ti pare o startene chiuso a contemplare l'infinito dei possibili.

Dei passi avanti sostanziali vengono fatti, ancora, nel corso del gruppo daseinsanalitico. Oltre alla presa in carico individuale, infatti, in cui il singolo clinico lavora con il singolo paziente aiutandolo passo dopo passo, un passo avanti e un passo indietro, il gruppo daseinsanalitico lavora sullo strato germinativo del soggetto, liberando tutte le sue valenze più *patiche* e dandogli la possibilità di *esternalizzare*, questa volta in maniera condivisa, *attiva*, e non *passiva*, il mondo delirante-allucinatorio. Che è, in fondo, un modo per renderlo più vulnerabile, quindi "spappolabile", per relativizzarlo, ma, soprattutto per *condividerlo* e per riassumerlo, successivamente, in sé, un pezzettino alla volta, maggiormente metabolizzato.

Gruppo daseinsanalitico (Cangiano A., in Di Petta, 2009, p. 229):

24/07/07, Centro Giano, h. 14.30: in mezzo al gruppo è stato invitato Enzo, davanti a lui un vuoto, pieno di percezioni abnormi. «C'è il *Tattico*», entità malevola, che lo denigra e lo incita a farsi del male. Enzo è teso, ha lo sguardo fisso sul vuoto/pieno davanti a sé. Il cuore mi palpita. L'aria si satura di angoscia quando Enzo, invitato dal conduttore, inizia a situarsi-verso (*être-au*) il *Tattico*[47]. Parole spezzate, attraversate dalla paura. Eppure bisogna affrontare la parte peggiore che *ognuno di noi* si porta dentro. Potrà mai Enzo riassumere il *Tattico* in se stesso? Intanto il conduttore, alle spalle di Enzo, per un po' assume le sem-

[46] «L'incontro che vuol essere terapeutico non si sottrae al dolore, lo accetta, ne viene permeato asimmetricamente, il terapeuta ne esce pervaso, il paziente sollevato: è un lavoro, duro, ed è lavoro, perché c'è fatica» (Gozzetti, 1998).

[47] «Se io giro intorno ad un oggetto, moltiplico le prospettive sotto cui lo vedo. Una nuova prospettiva non solo completa, ma relativizza anche, nello stesso tempo, tutte le precedenti. Solo il *lasciar giocare* le diverse prospettive permette la percezione della struttura dello spazio dell'oggetto visto; ciò costituisce una tappa essenziale nel percorso di comprensione dell'oggetto come qualcosa di reale. Husserl parlava di *Abschattung* (adombramento)» (Blankenburg, 1992).

bianze del *Tattico*, è persecutorio[48], lo *costringe* a guardare nell'abisso. Ma, al tempo stesso, non ha il profilo temibile del *Tattico.* «Vorrei abbracciarti, Enzo, ma vorrei, in questo abbraccio, abbracciare anche il *Tattico* che tu ti porti dentro, addosso e dietro». Nell'abbraccio con il conduttore Enzo abbraccia la parte più necessaria e inaccettabile di sé: abbraccia il *Tattico*. Siamo tutti spossati. Enzo sembra più tranquillo. Abbiamo tutti, *con-Enzo*, incontrato finalmente il *Tattico*[49] .

La sequenza descritta mostra un primo passaggio cruciale, in cui il terapeuta invita il paziente a *dare forma* al cospetto di un gruppo di *altre* presenze umane, alla sua allucinazione terrifica. Il *Tattico*, in altri termini, viene *snidato*[50] dall'ombra e ridotto a *presenza* tra le *presenze.* La mediazione del conduttore è fondamentale, il *Tattico*, di fatto, *passa* per lui, nel senso che, una volta evocato fuori da Enzo, è lì non soltanto per Enzo (*pour-soi*).

Si lavora, in qualche modo, lentamente ed artigianalmente, alla ricostruzione, pezzo per pezzo, di quella perduta reciprocità o *Noità* (Binswanger, 1942), la *Betweeness* su cui molto ha scritto Callieri (1998).

Gruppo daseinsanalitico (Di Petta, in Di Petta, 2009, p. 330):

27/09/07, Centro Giano, h. 14.30: Enzo è seduto in mezzo al gruppo, io sono dietro di lui. L'ho invitato ancora ad incontrarsi con il *Tattico*, a provare a dargli del TU[51]. Dargli del tu è un modo di ridurre la distanza, sia per me che per Enzo, entrambi nudi, adesso, davanti a questo essere

[48] È, questa, quella che Benedetti (1976) definisce "contro-identificazione", nella quale, come sottolinea Blankenburg (1992), «prima che possiamo aspettarci dal paziente che stabilisca un contatto visivo, o addirittura guardi con i *nostri occhi*, dobbiamo tentare noi innanzitutto, anche se ci è difficile, di vedere con i *suoi occhi*».

[49] «Niente di tutto questo sarebbe potuto accadere se non avessimo compiuto una radicalissima *epochè* delle nostre sovrastrutture sociali, culturali, professionali, arrivando al limite di esserci come totale trasparenza» (Calvi, 1998).

[50] Qui la sfida psicoterapeutica assume quella tonalità che Benedetti (1992) definisce la *battaglia*, o la lotta con il demone, mettendo in luce «il fascino di una psichiatria che conferisce allo psichiatra compiti da cavaliere del Graal: la difesa armata del malato contro il demone della malattia» (Barison, 1994).

[51] «Ci sono giorni in cui la mia malinconia non mi consente neanche di dare del Tu a me stesso» (Kierkegaard).

terrifico, padrone delle sue notti, dis-positore della sua stessa vita[52]. Gli suggerisco, sostenendolo, che forse è giunto il momento di cambiare nome al *Tattico*. Enzo mi chiede *come* chiamarlo. Ma è lui solo, adesso, che deve deciderlo. Io posso solo *esserci*, più vicino possibile[53] a lui. Siamo entrambi soli, ma gli altri sono il perimetro della realtà. Io tocco le sue spalle. Enzo è curvo, scruta nel vuoto davanti a sé. Dopo qualche minuto di interminabile silenzio, sceglie: «Lo chiamerò E n z o!» La *commozione* è di tutti[54]. Ci alziamo, ci abbracciamo forte. Non trattengo il pianto sulla sua spalla[55]. Ci teniamo, a lungo. È quasi lui, adesso, che tiene me, fiaccato dal freddo e dal buio che ho sentito portandomi a ridosso dell'allucinazione che ingombra la sua solitudine. Non siamo più, adesso, *psichiatra e paziente*. Solo uomini[56]. Il *mondo comune* come in un'eclissi di sole, si è sovrapposto al mondo allucinatorio. Ora è caldo. Qualcosa di nuovo si muove, è nato[57], nella nostra *co-scienza*.

In questa ulteriore sequenza viene affrontato il secondo passo, che è quello della riassunzione del *Tattico* nello spazio interno di Enzo, ovvero il transito del *Tattico* dall'esterno dove agiva come personalità seconda, all'interno, dove viene, in qualche modo, ricompreso come una parte di sé. È un passo avanti nella ricomposizione della frattura con la realtà. E nel riposizionamento della direzionalità dei propri processi di pensiero, una sorta di recupero della dimensione di padronanza di sé.

Lo sforzo *umano*, oltre che clinico, del terapeuta, qui è massimo, nell'accesso comunicativo all'essere diverso dell'altro, così come è stato tematizzato da Blankenburg (1992) e da Barison (1992).

---

[52] Siamo, qui, «*Am Rande des Abgrundes*», dice Benedetti, 1992, e cioè *sull'orlo dell'abisso*, oppure, con un'altra sua icastica espressione «nelle fauci del drago».

[53] L'atmosfera dell'incontro IO-TU-NOI, qui, intrisa di "con", si estende, paradossalmente, anche al *Tattico*. Il *Tattico*, uscendo dall'agguato della notte e portato in pieno giorno al cospetto di tutti, con un tratto intenzionale di legame così forte con Enzo e con il terapeuta, in questo caso, diventa da *alienus alter*. In un certo senso si fa, da *persecutorio*, elemento reciprocante, *terzo*, di questo *duale Wir Selbst* della coppia terapeuta-paziente.

[54] «Lo stupore segnala l'esordio dell'incontro […]» (Calvi, 1998).

[55] La commozione del terapeuta sgorga dalla percezione che il paziente palpita nel contatto come un essere che si sente nuovamente *vivente* (*Sichdarsleben*, Binswanger).

[56] Si è, in qualche modo, vissuta, dall'una e dall'altra parte, quella peculiare esperienza di mutamento che Blankenburg (1992) definisce il "proprio diventare altro".

[57] «L'incontro dello psichiatra con il malato è amore (nella specifica modalità dell'empatia), in quanto ripete, eideticamente, l'incontro della madre con il neonato» (Calvi, 1998).

## XII. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

Il primo grosso lavoro compiuto dall'*équipe* del nostro Centro, quindi, è stato sull'*aggancio*. I soggetti hanno percepito, da subito, entrando in contatto con il Centro, non un freddo clima da ambulatorio sanitario, ma una sorta di vera e propria *casa* che li ospitava. Solo la *visione eidetica* delle esperienze psicopatologiche matriciali (Calvi, 2006), tuttavia, e ad un certo punto del percorso, non subito, ha cominciato ad orientare il trattamento, che è stato calato sempre in un clima di fondamentale condivisione dell'esperienza tra *équipe* curante e paziente, nell'atmosfera di una *radicale empatia* (*ibid.*). In questa fase il *milieu* emozionale della *diurnità* ha consentito di cogliere e di sviluppare gli elementi salienti e critici dall'avviluppamento di una dimensione sinistramente persecutoria, di riferimento e auto-centrata, caratterizzata anche da esperienze o aggressioni dirette contro il corpo o contro il pensiero dei pazienti stessi.

Tutti gli elementi dispercettivi che turbano l'elementare e basica esperienza del senso comune dei soggetti erano stati, dagli stessi, a poco a poco incorporati nel blocco ideoaffettivo di una realtà immaginaria. La scoperta che il delirio stesso esisteva solo dentro le parentesi delle voci, nel caso della prevalenza degli automatismi alla de Clérambault, oppure che il delirio era configurato come un alone, nel caso della prevalenza degli aspetti kretschmeriani, concentrico all'evento, si è rivelata *decisiva*, il colpo di timone che ha invertito la rotta, lo *scambio* che ha consentito l'uscita dal tetro binario processuale.

Nello spazio del corpo, della testa e del pensiero di questi pazienti, si esercitavano azioni incoercibili e parassitarie, ascritte addirittura ad una personalità seconda. Il delirio, tuttavia, era rimasto piuttosto incistato, non essendosi mai aperto nel dominio del fantastico o dell'immaginario, se non dalla prospettiva consentita dalla feritoia allucinatoria o dalla vergogna indicibile. Tutto lì e non oltre lì. Lasciati a se stessi, ad ogni modo, questi pazienti erano in corso di progressione verso il delirio cronico sistematizzato, complicato dall'azione patogena ma al tempo stesso "auto-terapeutica", proprio poiché nebbiogena delle sostanze d'abuso.

Le sindromi paranoidi appartengono, in qualche modo, ad un *continuum* di cui ad un estremo c'è la personalità, all'altro estremo la schizofrenia, e noi dobbiamo avere la capacità di capire in che punto di questo *continuum* si situa il paziente paranoideo che abbiamo di fronte. La psicosi paranoide, al di là di una sua definizione manualistica e nosografica, *costituisce*, per il soggetto che la vive, da una prospettiva fe-

nomenologica e psicopatologica, un'esperienza assai complessa, variegata e connotata di un fortissimo carattere di ambiguità.

Tale ambiguità costitutiva è reperibile in una serie di considerazioni a doppio binario, di seguito evidenziate, di straordinario valore ai fini dell'instaurarsi di un proficuo percorso psicoterapeutico o, più in generale, di cura:

1) la dicotomia *comprensibile/incomprensibile*, di matrice jaspersiana, trova, paradossalmente, proprio nella paranoia la sua barriera più fragile. Gli studi effettuati da Arnaldo Ballerini e da Mario Rossi Monti (1990), infatti, a partire dal delirio di rapporto dei sensitivi di Kretschmer, hanno allargato di molto il guado attraverso la comprensibilità e l'accessibilità delle psicosi paranoidi nelle quali sia reperibile, da qualche parte, un elemento di sensitività. Va da sé che, essendo la sensitività un qualcosa di impressibile dall'esterno, fin dove si estende il suo riflesso è reperibile una derivabilità e, quindi, una comprensibilità, in termini jaspersiani, dell'esperienza stessa. Anche il riconoscimento, che si deve a de Clérambault, che il delirio si sovrascrive all'automatismo allucinatorio come tentativo del soggetto di interpretare quanto di abnorme gli sta accadendo, è un elemento portante del discorso terapeutico.

2) La dicotomia *personalità/sintomo*. Il carattere di reattività della paranoia, o per lo meno di alcune esperienze paranoidi sul terreno della vulnerabilità, opposto a quello di endogenicità, va ad allargare i margini del contrasto che la persona, schneiderianamente, esercita contro la malattia, da una parte, e da un'altra parte il rapporto all'ambiente, considerato a questo punto sia come fattore patoplastico che come contesto da cui può partire la cura. Questo implica che, al di là delle sostanze d'abuso, come nei nostri casi specifici, al di là dei sintomi produttivi, è sulla persona *in primis* che non bisogna mai smettere di agire, sia come individui che come mondo.

3) la dicotomia *ideativo/affettivo*, di matrice kraepeliniana, è scarsamente sostenibile, ormai, negli stati paranoidi, per una serie di motivi. Recuperando la tematica della *Stimmung* (intonazione affettiva) cara alla psichiatria romantica tedesca, essi tendono a situare l'origine del delirio paranoide più in un'esperienza *pre-verbale*, fortemente impregnata da un sentire teso, e al tempo stesso vago, che nella scansione di una logica intessuta di falsi sillogismi. In quest'ottica (Dalle Luche, 2009) la paranoia, più che un disturbo del pensiero logico *sensu strictiori*, si caratterizzerebbe per essere un'esperienza totalizzante e

fortemente impregnata di suggestioni, intuizioni, sensazioni, impressioni, credenze, fedi e quant'altro (da idea falsata della realtà a falsa idea o pseudoidea o, addirittura, "non-pensiero"). Da non sottovalutare, a questo proposito, l'aspetto del contenuto dell'esperienza paranoide, che è un contenuto fortemente impregnato di affettività e di passionalità, come nel delirio di gelosia o di angoscia, o come nel delirio persecutorio o di veneficio. Da qui l'accento posto in terapia sugli elementi patici più che cognitivi.

4) la dicotomia *dubbio/certezza*. Anche questo aspetto è fortemente suggestivo di ambiguità. Laddove, infatti, nella paranoia, paradossalmente, proprio la struttura del dubbio diventa matrice della certezza, al tempo stesso accade che la dimensione della sospettosità non si esaurisce mai, altrimenti si esaurirebbe l'ontogenesi stessa della paranoia. È come se, in un certo senso, il dubbio e la certezza si autoalimentassero in un circuito ripetitivo ma perennemente insaturo, che proprio per questo sembra lasciare più di qualche spazio all'intervento terapeutico. In particolare l'area semantica della *perplessità* (Callieri, 1990) diventa una zona di sosta fondamentale all'uscita dal delirio. Una zona vulnerabile, certo, ma che deve diventare sostenibile, grazie alla relazione terapeutica, per evitare la tentazione interpretativa.

5) la dicotomia *reversibile/irreversibile*. Date le attuali possibilità di trattamento, si apre una prospettiva diversa, anche rispetto al trattamento di situazioni cliniche apparentemente drammatiche, ma che, se ricondotte al loro alveo di origine, si mostrano caratterizzate da una sorta di "gravità" a tempo, nel senso che come brevemente si sono innescate e sono insorte, così altrettanto brevemente si ridimensionano e rientrano. Questo porrebbe ancora un discrimine tra le esperienze psicotiche che maturano in un contesto di alterazione grave della personalità e quelle di tipo processuale. Ma impone di andare a rivedere tutto ciò che forse troppo frettolosamente si è rubricato come processuale, poiché si tende a considerarlo non ulteriormente rimaneggiabile e modificabile.

6) La dicotomia *destrutturazione/conservazione* dell'io. Si è sempre asserito che la differenza della psicosi paranoica con la schizofrenia paranoide consiste nella relativa conservazione della struttura dell'io nella prima *versus* la frammentazione dell'io tipica della seconda. Va detto, a questo punto, che probabilmente l'esperienza paranoide, proprio coagulando la soggettività contro l'ostilità degli altri e del mondo, diventa un elemento coesivo e frenante, quindi centripeto,

rispetto alle rimanenti forze centrifughe che disperdono il campo nella frantumazione schizofrenica.

Questi pazienti ci danno la possibilità di pensare che, contrariamente a quanto asserito dall'impostazione nosografica di matrice anglosassone, la paranoia non è affatto caratterizzata da una sintomatologia discreta e lineare, che si può quantificare o categorizzare, né tantomeno collocare senza margini di perplessità nella sfera di pertinenza ideativa o del pensiero.

I dati raccolti con l'FBF, e il *visioning* clinico e la valutazione dell'esperienza paranoide con l'addizionale complessità dell'abuso di sostanze stupefacenti, consentono di aprire decisamente la paranoia alla dimensione heideggeriana e binswangeriana del *mondo*.

Pertanto, più che di paranoia, si deve parlare di *esperienza* o di *mondo paranoide*, nei quali il soggetto vive uno stato modificato di coscienza, e di conseguenza esperienze percettive e ideative alterate, che rimangono, cionondimeno, largamente interrogabili dalla psicopatologia fenomenologica e, soprattutto *modificabili*, psicoterapeuticamente (Barison, 1992), nel senso di una riapertura a quella che Blankenburg (1991) ha magistralmente definito prospettività[58] (*Perspektivität*), andata in pezzi con l'avvento del delirio.

Questo deve porci la questione, anche e, forse, soprattutto, etica (cfr. Dalle Luche), della completa *rifondazione* del trattamento dei pazienti gravi nei servizi pubblici su basi psicopatologiche[59] e fenomenologiche come *condicio sine qua non* dei percorsi riabilitativi e di cura.

Di qui in avanti la strada, grazie all'immenso lavoro dei clinici pionieri che ci hanno preceduto, soprattutto sullo sfondo dell'analisi del

[58] «La prospettività costituisce, in sostanza, la nostra possibilità fondamentale di prendere posizione nel mondo con la consapevolezza dell'esistenza di un numero illimitato di visioni alternative alla nostra. Ecco che acquista senso il prendere possesso attivamente e spontaneamente delle prospettive mutevoli in modo da conservare una distanza non solo dagli oggetti, ma anche da se stessi. La libertà di scegliere un mondo è così vincolata alla causalità delle prospettive sotto cui la realtà si presenta al soggetto e al trascendimento costante della realtà del soggetto stesso. Il delirio, invece, si costituisce proprio a partire dall'incapacità di tollerare questa ambiguità di fondo della percezione: la contraddizione tra immanenza e trascendenza, come ben evidenzia Merleau Ponty nel 1946» (Quaranta).

[59] «L'indagine psicopatologica resta l'unico (l'ultimo) strumento per definire i rapporti tra persona e malattia e dircene qualcosa, l'unico modo per non praticare e agire (anche in senso psicodinamico) una psichiatria volutamente cieca rispetto ai più diversi livelli della realtà, con l'alibi della ateoreticità e della neutralità» (Dalle Luche).

*Dasein* come è stata concettualizzata da Binswanger e da Blankenburg (1992), è completamente aperta.

Ed è tutta in salita.

Ma questa rimane, allo stato delle cose, una delle vie praticabili e possibili verso la libertà e la vita, sul sinistro crinale che vede, dall'altra parte, la dipendenza come destino e la demenza come orizzonte.

E questo sarebbe veramente grave, e triste, dopo tutte le conquiste dolorosamente e gioiosamente fatte sul terreno smottante delle esperienze psicotiche, per troppo tempo fissate allo stigma della processualità incomprensibile, irreversibile e indeformabile.

## BIBLIOGRAFIA


Ballerini A.: *La paranoia sensitiva*, in Cardamone G., Dalle Luche R. (a cura di): *La paranoia, psichiatria e antropologia*, pp. 77-86. 2009 (Op. cit.)

… : *Patologia di un eremitaggio. Uno studio sull'autismo schizofrenico*. Boringhieri, Torino, 2002

… : *Dal caso clinico all'approccio terapeutico*. Figline Valdarno, IX Corso di Psicopatologia Fenomenologica, giugno 2009 (inedito)

Ballerini A., Rossi Monti M.: *La vergogna e il delirio. Un modello delle sindromi paranoidee*. Bollati Boringhieri, Torino, 1990

Barison F.: *Nuove considerazioni sul Praecoxgefuehl*. PSICH. GEN. ETÀ EVOL., 1963, 1: 1-7

… : *Benedetti e la sfida esistenziale della psicoterapia*. COMPRENDRE, 1994, 7: 143- 150

… : *Expériences de "psychothérapie" dans une psychiatrie inspirée de Heidegger*. COMPRENDRE, 1992, 6: 9-18

Benedetti G.: *Der Geisteskranke als Mitmensch*. Vandenhoeck § Ruprecht, Göttingen, 1976

… : *La psicoterapia come sfida esistenziale*. Cortina, Milano, 1997

Bini L., Bazzi T.: *Trattato di psichiatria*. Masson, Milano, 1974

Binswanger L.: *Grundformen und Erkenntnis Menschliche Daseins* (1942). Reinhardt, München, 1962

Blankenburg W.: *Der Verlust der Natürlichen Selbstverständlichkeit*. Enke, Stuttgart, 1971

… : *Wahn und Perspektivität*. Enke, Stuttgart, 1991. Tr. it. parziale di V. Quaranta: *Prospettività e delirio*. COMPRENDRE, 2005, 15: 7-32

… : *La psicoterapia degli schizofrenici come ambito di convergenza psicoanalitico-daseinsanalitica*. COMPRENDRE, 1992, 6:19-28

Bovi A.: *Wohnungswechsel und Geisteskrankheiten*. NERVENARZT, 1967, XXXVIII: 251-256

Callieri B.: *Perplexity. Psychopathological and phenomenological notes*, in *Analecta Husserliana*, vol. VII: *The human being in action* (a cura di A.J. Tuminiecka). Dordrecht, 1978

… : *Il piano interpersonale dell'incontro*. COMPRENDRE, 1998, 8: 25-35

… : *La perplessità. Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*, 137-149. Ediz. Univ. Romane, Roma, 2001

Callieri B., Maci C.: *Paranoia. Passione e ragione*. Anicia, Roma, 2008

Calvi L.: *Il piano eidetico dell'incontro*. COMPRENDRE, 1998, 8: 37-46

… : *Il tempo dell'altro significato. Esercizi fenomenologici d'uno psichiatra*. Mimesis, Milano, 2005

… : *Il consumo del corpo. Esercizi fenomenologici d'uno psichiatra sulla carne, il sesso, la morte*. Mimesis, Milano, 2007

Cardamone G., Dalle Luche R.: *La paranoia, psichiatria e antropologia*. ETS Pisa, 2009

Cargnello D.: *Alterità e alienità*. Feltrinelli, Milano, 1966

Ciompi L.: *Affektlogik*. Klett, Stuttgart, 1982

Dalle Luche R.: *Il piano etico dell'incontro*. COMPRENDRE, 1998, 8: 47-60

De Clérambault G.: *Psychoses d'automatisme et syndrome d'automatisme*. ANN. MÉD.-PSYCHOL., 1927, 4: 50-63

Del Pistoia L.: *Il giardino delle statue di sale*. Pacini Fazzi, Lucca, 1997

… : *Per capire la psicopatologia fenomenologica*. COMPRENDRE, 2008, 16/18: 158-177

Di Petta G.: *Il mondo tossicomane: fenomenologia e psicopatologia*. F. Angeli, Milano, 2004

… : *Gruppoanalisi dell'esserci: tossicomania e terapia dell'esperienza condivisa*. Franco Angeli, Milano, 2009

… : *Nella terra di nessuno. Doppia diagnosi e presa in carico integrata: l'approccio fenomenologico*. Ed. Univ. Romane, Roma, 2009

Galimberti U.: *Dizionario di psicologia*. UTET, Torino, 1992

Gozzetti G.: *Il piano psicoterapeutico dell'incontro*. COMPRENDRE, 1998, 8: 61-69

… : *Le psicosi deliranti croniche*, in Cardamone G., Dalle Luche R. (a cura di): *La paranoia, psichiatria e antropologia*, pp. 89-95. 2009 (Op. cit.)

Gross G., Huber G., Klosterkötter J., Linz M.: *Scala di Bonn per la valutazione dei Sintomi di Base (BSABS)*, ed. it. a cura di C. Maggini e R. Dalle Luche. ETS, Pisa, 1992

Heidegger M.: *Essere e tempo* (1927). UTET, Torino, 1969

Huber G.: *Psychiatrie. Systematischer Lehertext für Studenten und Ärzte*. Schattauer, Stuttgard, New York, 1981

Husserl E.: *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica* (1936). Einaudi, Torino, 1965

Grossman D.: *La mia notte tra i giovani drogati che provano a ritrovare se stessi*. La Repubblica, 11-06-09

Janzarik W., *Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft*. Enke, Stuttgart, 1979

Jaspers K.: *Psicopatologia generale* (1913). Il Pensiero scientifico editore, Roma, 1964

Klosterkötter J.: *Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie*. Springer, Berlin, 1988

Koehler K.: *First Rank Symptoms of Schezophrenia. Question Concerning Clinical Boundaries* (1979), in Kerr A., Snaith P. (a cura di): *Contemporary Issues in Schizophrenia*. Gaskel, London, 1986; Heidelberg-New York, 1988

Kierkegaard S.: *Diario*. Bur-Rizzoli, Milano, 1996

Kraepelin E.: *Lehrbuch der Psychiatrie*. Barth, Leipzig, 1913

Kraus A.: *The significance of empathy for the diagnosis of schizophrenia and melancholia*. COMPRENDRE, 2004, 14: 79-85

Kretschmer E.: *Der Sensitive Beziehungswahn* (1918). Springer, Berlin, 1954

Laing R.D.: *L'io diviso* (1960). Einaudi, Torino, 1969

Lévinas E.: *Totalità e infinito* (1961). Jaca Book, Milano, 1990

Marcel G.: *Homo viator* (1944). Borla, Roma, 1980

Masullo A.: *Paticità e indifferenza*. il melangolo, Genova, 2005

Minkowski E.: *Traité de psychopathologie*. Gallimard, Paris, 1966

Muscatello C.F., Scudellari P.: *Paranoia e Dintorni*. COMPRENDRE, 1999, 9: 37-44

Olievenstein C.: *Le destin du toxicomane*. Fayard, Paris, 1984

Piro S.: *Antropologia trasformazionale. Il destino umano e il legame agli orizzonti subentranti del tempo*. Angeli, Milano, 1993

… : *Diadromica. Epistemologia paradossale transitoria delle scienze dette umane*. Idelson, Napoli, 2001

Quaranta V.: *Introduzione e nota alla traduzione italiana*, in Blankenburg W.: *Prospettività e delirio*. COMPRENDRE, 2005, 15: 7-10

Rossi Monti M.: *Psicoanalisi e psicopatologia. Controtransfert e sentimento precoce di schizofrenia*. COMPRENDRE, 2008, 16/18: 325-345

Rossi Monti M., Stanghellini G.: *Psychopathology: an edgeless razor?* COMPR. PSYCHIATRY, 1996, 3: 196-204

… : *Psicopatologia della Schizofrenia. Prospettive metodologiche e cliniche*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999

Ruemke H.C.: *Das Kernsymptom der Schizophrenie und das "Praecox Gefühl"*. ZENTR. GES. NEUROL. PSYCHIAT., 1942, 102: 168-174

Serieux P., Capgras J.: *Les Folies Raisonnantes et le Délire d'Interprétation*. Alcan, Paris, 1909

Scheler M.: *Gesammelte Werke*. Francke, Bern-München, 1950

Schneider K.: *Psicopatologia clinica* (1950). Città Nuova, Roma, 1983

Sonnemann U.: *Existence and therapy. An introduction to Phenomenological Psychology and Existential Analysis*. Grune & Stratton, New York, 1954

… : *Negative Anthropologie. Vorstudien zur Sabotage des Schicksals*. Reinbek 1969. Frankfurt a.M., 1981 (2 Aufl.)

Stanghellini G., Ballerini A.: *Ossessione e rivelazione*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992

Stanghellini G. *et al.*: *FBF. Questionario dei Sintomi-Base*. Manuale, OS, Firenze, 1991

Straus E.: *Psychologie des menschlichen Welt, Gesammelte Schriften von E.S.* Springer, Berlin-Goettingen-Heidelberg, 1930

… : *Vom Sinne der Sinne* (1935). Springer, Berlin-Goettingen-Heidelberg, 1956

Süllwold L.: *Basisstörungen: Instabilität von Hirnfunktionen*, in Böker W., Brenner H.D. (a cura di): *Bewältigung der Schizophrenie*. Huber, Bern-Stuttgard-Toronto, 1986

Tatossian A.: *La Phénoménologie des psychoses*. Masson, Paris, 1979

Weizsaecker von V.: *Pathosophie*. Vandenhoeck § Ruprecht, Goettingen, 1956

Zambrano M.: *Delirio e destino* (1952). Raffaello Cortina, Milano, 2005

Zutt J.: *Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie*. Springer, Berlin, 1963

UO Speciale di Comorbilità Psichiatrica
Dipartimento Dipendenze ASL Napoli 2 Nord
Centro Diurno Giano
Via Libero Bovio, 1
I-80020 Casavatore (Na)

# PERSONALITÀ PARANOICALE E *MOBBING*: PSICOPATOLOGIA DI UN FENOMENO ALLA MODA

G. DI PIAZZA

Negli ultimi decenni abbiamo assistito alla fioritura di numerose pubblicazioni (articoli, libri) e all'apertura di un vivace dibattito intorno al fenomeno del *mobbing*: ho l'impressione che tale termine tenda a divenire (se non lo è già) una parola *passepartout* che, impropriamente utilizzata e abusata (come il termine di stress, esaurimento nervoso, sindrome ansioso-depressiva), rischia di svuotarsi di senso favorendo, intorno ad un fenomeno così complesso, generalizzazioni apparentemente chiarificanti ma in realtà disorientanti, con conseguenti fraintendimenti diagnostici e terapeutici.

Intendo esaminare alcuni elementi del fenomeno *mobbing* mettendo in luce quali siano i vissuti della persona che percepisce ostilità in ambito lavorativo e quale possa essere la richiesta di aiuto formulata e le sue caratteristiche. Nell'addentrarmi in questo campo non farò ricorso ad un modello di comprensione di tipo psicologico o sociologico[1] e,

[1] Quando ci si addentra nello studio del fenomeno *mobbing*, viene molto da pensare intorno ai cambiamenti avvenuti a partire dalla rivoluzione industriale ad oggi per quanto riguarda non soltanto i ritmi di lavoro, quanto la progressiva "disumanizzazione" dello stesso: il lavoratore perde lo statuto di soggetto pensante dotato di sentimenti per divenire strumento, anodino e impersonale oggetto di profitto. La stessa definizione dell'ufficio del personale presso le nostre aziende sanitarie con la dizione di Ufficio Risorse Umane potrebbe indurci a riflettere su come medici, infermieri, educatori siano all'interno di un'amministrazione aziendale non più "persone", uomini e donne in carne e ossa (con sentimenti e stati d'animo), quanto delle "risorse", delle "proprietà", degli esseri cosificati al pari di un armadio o un sacco di patate...

senza alcuna pretesa di esaustività, sorvolerò su alcuni aspetti (ad esempio quale funzione possa avere una "strategia" di *mobbing* nell'assetto aziendale, l'ipotesi di una matrice sadica alla base di tali comportamenti, ecc.). Prendendo spunto da alcune situazioni cliniche e da suggestioni ricavate da rappresentazioni cinematografiche (ad es. il film di Francesca Comencini *Mi piace lavorare - Mobbing*[2]), cercherò piuttosto di soffermarmi sul particolare stile relazionale che la persona soggetta a *mobbing* istaura con gli altri e, in particolare, con lo psichiatra.

## I. IL TARTASSATO/TORMENTATO

All'uso del termine inglese *mobbing* – letteralmente "assalire", "aggredire" – i francesi preferiscono il termine "*harcèlement*", dal verbo *harceler* che significa l'assillare, il non dare tregua, a sua volta derivato da *herser* ovvero colpire[3].

Come potremmo tradurre in italiano questo termine inglese? Forse con "maltrattato": tuttavia in italiano questa parola induce già una presa di posizione, in quanto indica *in primis* che una persona è "trattata male" e poi che questa azione è subìta, imposta.

Nel tentativo di escludere una posizione di parte, un giudizio di valore, già espresso dal suffisso "mal-trattata", la persona che incorre nel *mobbing* potrebbe essere definita in italiano con "tartassato" che, per quanto possa apparire termine popolare, è di immediata suggestione. Forse, meglio ancora potrebbe suonare la definizione di "tormentato" in quanto più neutra rispetto al dipolo attività-passività: in effetti il "tormento" rimanda a qualche cosa di interiore, rimane neutro rispetto alla genesi di tale tormento (sia esso frutto di fattori emotivo-affettivi interni oppure di fattori/eventi esterni).

Il temine inglese è stato usato dapprima in etologia ed è interessante constatare come il tartassato/tormentato faccia spesso riferimento al mondo animale quando presenta la propria condizione: metaforicamente, si definisce una "preda" braccata da un "branco" di "belve inferocite", "un agnello" in un ambiente in cui prevalgono i "lupi".

Come un animale accerchiato da predatori, sciacalli, iene, che di volta in volta allungano le zampe per saggiare le capacità difensive

[2] F. Comencini: *Mi piace lavorare (Mobbing)*, 2004, con N. Braschi.

[3] È curioso notare come sia possibile effettuare un collegamento tra il termine "*herser*", colpire, battere e la parola italiana "matto" ovvero "battuto", "colui che è colpito".

della preda ed allo stesso tempo per disorientarla, il tartassato non subisce un'offensiva chiara, manifesta, faccia a faccia, da parte di un unico predatore, ma di solito si trova a che fare con una serie reiterata, molteplice di "micro" aggressioni e assalti apparentemente impersonali, indiretti e le cui finalità rimangono vaghe e incognite. Il tartassato/tormentato non ha la fortuna di confrontarsi di persona con un avversario con cui dare vita ad una lotta corpo a corpo, ma percepisce un'anonima e vaga ostilità da parte di istituzioni/aziende impersonate da individui dai sentimenti imperscrutabili. Il carnefice rimane spesso nell'ombra e senza volto.

## II. Sulla scia dei vissuti

Venire in contatto con i vissuti del tartassato-tormentato aiuta a riscoprire quanto la matrice affettiva possa alimentare l'esperienza paranoica tradizionalmente ridotta a un delirio «lucido, coerente, ben sistematizzato, verosimile» (Del Pistoia, 2008).

In effetti, in psicopatologia il successo della nosografia kraepeliniana che *sic et simpliciter* fa della paranoia un "errore del giudizio" ha portato a mettere in ombra la lettura francese della paranoia da una parte come costituzione personologica e dall'altra i passionali di de Clérambault, che ci ricordano come gli affetti non siano semplice sfondo della scena, ma la trama stessa del dramma paranoico.

Tatossian (1996) rammenta come il delirio paranoico articolato sotto forma d'interpretazione «non è che il modo di manifestarsi e anche di giustificare un vissuto immediatamente convincente (Lacan), scelto dal delirante che ne è ancora capace».

Ritornando al *mobbing*, vediamo quali possano essere i vissuti della persona che lo subisce:

1) *Spaesamento* – Il tartassato/tormentato coglie una serie di piccoli dettagli (una mancata risposta al saluto di buongiorno; una mimica del volto da cui evince ostilità) come qualcosa sia cambiato nell'ambiente lavorativo, inducendo uno stato d'animo di "spaesamento": qualcosa è cambiato, ma in modo quasi impercettibile e silenzioso. Anche la nitidezza e l'immediatezza nei rapporti interpersonali si sono offuscate e ci si sente all'interno di un ambiente in cui predomina una "mancanza di chiarezza".

2) *Isolamento* – Il dialogo non è più possibile in quanto l'Alter ego appare sordo alle ragioni del tartassato/tormentato: le sue parole cadono nel vuoto o, peggio ancora, sono oggetto di scherno da parte di colleghi

e superiori. I tentativi di ottenere spiegazioni falliscono e le risposte ottenute sono trancianti e sbrigative.

3) *Umiliazione* – Privato del proprio ufficio o fosse anche semplicemente della propria scrivania, soggetto a una brusca riduzione dei compiti lavorativi (demansionamento), il tartassato/tormentato si sente come un peso morto all'interno di un'organizzazione efficiente e vivace, dove vige un ritmo di cui si ha l'impressione di non riuscire più a reggere il passo. Non ci si sente più vitali.

4) *Vergogna* – Spesso ridimensionato nell'usuale funzione lavorativa, non vengono più proposti compiti e mansioni al tartassato/tormentato che, costretto a rimanere con le mani tra le mani, prova vergogna per il "non fare nulla" all'interno di un'azienda dove tutti corrono oberati di lavoro.

5) *Sopraffazione* – Il senso di sopraffazione difficilmente porta il tartassato/tormentato a passare all'azione, manifestando ad esempio la propria rabbia nei confronti delle persone che hanno un comportamento vessatorio nei suoi confronti: prevale un'attitudine astenica e di ritiro dal contraddittorio conflittuale. Si fanno strada la demoralizzazione e il senso d'impotenza.

## III. Storia clinica: Lucio

Lucio si presenta al colloquio e il suo *incipit* prende avvio dal giorno in cui è stata cambiata la sua mansione sul posto di lavoro: da un ufficio amministrativo di un'azienda sanitaria toscana all'ufficio relazioni con il pubblico. Ricorda come, dopo alcune settimane nel nuovo ambiente lavorativo, i colleghi abbiano iniziato a «scaricarmi il lavoro..., loro si allontanano dall'ufficio e io, da solo, me la devo vedere con le persone che si lamentano. Spesso è proprio quando sto per andare via che mi lasciano degli incartamenti da sbrigare… e intanto se la ridono. Sento la responsabilità di portare a termine anche il lavoro degli altri».

«E poi…, sì, lo so che il compito che ho è quello di fare il mio, raccogliere le lamentele delle persone e non di fornire loro delle risposte, ma vai a spiegarglielo che io non ho risposte da dar loro... la gente si incavola ancora di più! Ed io inizio a sudare, mi tremano le mani, sento la testa che mi scoppia».

Lucio è sposato, ha due figli: quando torna a casa si sente così esausto ed "esaurito" che non riesce più ad occuparsi dei figli come prima.

È su suggerimento della moglie che, dopo due mesi, si è rivolto al direttore del personale richiedendo il trasferimento ad altra mansione, ma le settimane passano e la sua richiesta rimane ancora senza risposta.

Nel corso del colloquio Lucio manifesta la propria irritazione nell'immaginare come la sua richiesta di trasferimento, quelle righe così sofferte con cui si espone dichiarando il proprio disagio nel lavorare presso l'ufficio relazioni con il pubblico, giacciano su una scrivania: è come se le vedesse abbandonate tra mille e più altre lettere, delibere, protocolli. Semplicemente abbandonate, senza alcuna cura, neppure prese in considerazione per essere cestinate. Anche il proverbio *verba volant, scripta manent* sembra cedere il passo di fronte all'incuranza di un direttore amministrativo delle nostre ASL...

Dopo cinque incontri (è già trascorso circa un mese e mezzo dal primo colloquio), arriva il giorno della consegna del certificato. Ricevuto il certificato Lucio mi dà l'impressione, dalla postura, di un'immediata riduzione della tensione, abbozza un sorriso, sembra quasi più spigliato: mi dice che lo produrrà il giorno stesso all'ufficio del personale. Prima di andare via Lucio mi dice: «In ogni modo, vada come vada, ho pensato che, al di là del certificato, vorrei proseguire i colloqui con lei. Infatti se non mi cambiano mansione, sarò ancora più in crisi e, anche se me la dovessero cambiare, sono arrivato ad un livello di "paranoia" che avrò comunque bisogno di lei…».

## IV. SPAZIALITÀ

Il mondo vissuto in cui si muove il tartassato/tormentato appare segnato da due aspetti caratteristici: la non nitidezza e il carattere angusto.

*Non nitidezza* – Si tratta di un mondo immerso nella penombra, incolore, dai toni grigi. Il mondo circostante, l'ambiente lavorativo in particolare, è in qualche modo cambiato: qualcosa è cambiato, ma *che cosa* e *come* sia cambiato non è facilmente individuabile.

Come quando in una mattina d'autunno la nebbia nasconde l'abituale paesaggio scomparso sotto la coltre nebbiosa da cui emergono e si stagliano soltanto alcuni elementi (alberi, tetti, aloni di luce) abitualmente ai nostri occhi passati sotto silenzio, adesso il tartassato in questa coltre coglie (o si aggrappa a) degli elementi insoliti, nuovi, forse indizi che si sta tramando ai suoi danni. Si assiste ad un «dissolvimento dello sfondo con l'emersione di figure tutte in primo piano» (Callieri, Castellani, De Vincentiis).

*Angustia/ristrettezza* – Al lavoro il tartassato/tormentato sente di muoversi in uno spazio angusto, senza vie d'uscita, senza finestre: percepisce di essere "compresso", "costretto", soffocato. In merito alle "reazioni pre-paranoiche", Minkowski scriveva che «si prova una specie di contrazione interiore, ci si sente presi come in una morsa, il

mondo si restringe». Di questo vissuto di soffocamento va tenuto conto in occasione del colloquio con persone diffidenti, per evitare che, ritrovandosi all'interno di una stanza per il colloquio con le porte chiuse, si possano sentire "prese in trappola" e, indotte ad una posizione di difesa ancora maggiore, evitino il colloquio dandosi alla fuga o aggrediscano l'interlocutore.

La mancanza di nitidezza ed il vissuto di ristrettezza, conduce il tartassato/tormentato in un mondo in cui «lo spazio esterno si anima di minacce, di volti, di voci, di gesti, di ombre, di intenzioni aggressive e ostili. Debbo difendermi, rinserrarmi, rifugiarmi» (Callieri, 2007).

## V. La relazione (terapeutica) con la persona soggetta a *mobbing*

Quando all'interno di un colloquio emerge come tema il *mobbing*, l'assetto terapeutico si modifica in quanto:

1) ci viene richiesto non un aiuto per risolvere un disagio personale quanto un certificato che comprovi lo stato dei fatti (certificazione medica);
2) più o meno esplicitamente ci viene fatta richiesta, con il certificato, di prendere posizione (colludere o collidere?);
3) quando lo redigiamo possiamo essere indotti a cercar di distinguere se ciò che viene riferito sia vero o falso (vero o falso?);
4) si apre la diatriba sull'azione determinante della pressione lavorativa sul malessere psichico.

1) *La certificazione* – Callieri, Castellani e De Vincentiis articolavano l'intervento medico in quattro momenti: anamnestico, diagnostico, terapeutico e prognostico. Il tartassato sembra aggiungerne un altro, quello "consensuale-certificativo".

In effetti in occasione del colloquio con la persona soggetta a *mobbing* si ha da subito l'impressione che sia modificato il "*primum movens*" dell'incontro medico-paziente: da «un'invocazione preminente all'ausilio» si passerebbe ad «esigere una formulazione prognostica, da utilizzare a scopi diversi da quelli terapeutici» (Callieri, Castellani, De Vincentiis). In effetti dobbiamo ricordare come «diverse motivazioni […] possano fomentare nel malato un incontro con il medico allo scopo di strumentalizzare comunque la condizione morbosa, quand'anche non di simularla» (*ibid.*).

Tatossian (1989) ricorda che, come il melanconico ritiene l'intervento della figura medica "inutile", così il paranoico lo considera fuori luogo, inappropriato, non confacente ai propri bisogni: lo psichiatra viene riconosciuto non nella funzione di curatore, riparatore, quanto nella sua veste di "autorità pubblica" che certifichi, testimoni nero su bianco i vergognosi soprusi subiti. Anche il tartassato/tormentato fa il più delle volte appello al medico non come persona che possa offrirgli cure e sollievo, ma come persona "utile per" redigere un certificato, come strumento per ottenere un risarcimento, manifestando una particolare attrazione e predilezione per il documento scritto.

In ogni modo, il foglio di carta, "il certificato" può essere visto anche come tramite per recuperare un rapporto con il mondo e quindi la richiesta della certificazione, apparentemente soltanto strumentale, può rappresentare il primo tentativo del tartassato/tormentato per prendere atto, in modo mediato e "accettabile", del proprio malessere.

A differenza degli "altri" colloqui con i pazienti in cui l'origine "psy-" (psicologico, emotivo, relazionale) del malessere viene ad essere esaltata, di fronte alle richieste di certificazione per cause lavorative lo psichiatra cerca spesso appiglio nella semeiotica medica affinché segni e sintomi possano essere verificati in modo inequivocabile: lo psichiatra richiede quindi una valutazione dei valori pressori e del ritmo cardiaco, domanda se si siano verificate modificazioni del sonno (dall'insonnia agli incubi), se è in corso un dimagrimento, se la digestione è divenuta più difficile, se si verifica pirosi gastrica, se sono comparse dermatiti e quant'altro. Per quale motivo si assiste a questa ricerca di sostegno nella semiologia medica? C'è forse un rapporto tra questa affannosa ricerca e il bisogno di una legittimazione della diagnosi in psichiatria attraverso una modificazione tangibile, visibile del soma?

2) *Colludere o collidere?* – Ho l'impressione che ogni qual volta ci imbattiamo in una persona con spunti, vissuti "para" (dal paranoicale al francamente paranoico) siamo indotti a giostrarci tra due istanze: o colludere o collidere. Nel primo caso potremmo essere così comprensivi da accogliere le proteste del paranoico fino al punto da mettere da parte la (mitica) neutralità del terapeuta e scendere in campo in difesa della persona sottoposta a *mobbing*.

In effetti – come ricorda Tatossian (1996) – quello paranoico è un «delirio realista, un delirio agito nella realtà» che sprona alla (nostra) reazione: siamo allora indotti a prendere una posizione rispetto alle esperienze descritte e il tentativo di rimanere ad una certa distanza dal vissuto del paziente, senza esprimere pareri pro o contro quanto ci viene riportato, viene ad essere percepito dal paranoico come una più o

meno velata ostilità. Non è sufficiente essere "soci" neutrali, bisogna essere complici, altrimenti non si può essere altro che nemici.

3) *Vero o falso?* – Lo psichiatra può essere tentato dalla ricerca di elementi che comprovino la verità o meno delle informazioni ricevute intorno ad una situazione di *mobbing* lavorativo, ma, se ci lasciamo trasportare, nel corso del colloquio, dalla verifica se effettivamente, realmente, ci sia un maltrattamento, un tartassamento, ovvero che ci troviamo di fronte una vittima che ci parla delle nefandezze del/dei persecutore/i, credo che gli saremmo di poco aiuto: proporrei quindi di non indugiare nella verifica vero o falso, quanto piuttosto soffermarsi nell'ascolto di quanto viene comunicato, esplicitando al tormentato/tartassato come, oltre ad una verità ricevuta come una sorta d'illuminazione da contemplare, sia possibile considerare la verità come frutto di uno «sforzo di produzione, faticoso e oneroso, in cui il vero non è altro che il prodotto di questo lavoro» (Lantéri-Laura, 1981) a due tra psichiatra e paranoico. Nelle fasi di risoluzione dal delirio anche l'istanza imperiosa di ricerca della verità del paranoico tende a passare in secondo piano: Minkowski, descrivendo la risoluzione delle forme preparanoiche, indica che nel momento della guarigione «l'essenziale non è tanto il fatto che ritorniamo a vivere nel vero, ma che la morsa si disserri e, liberati da essa, riprendiamo il contatto con la vita».

4) *Causalismo* – La persona che ritiene di subire *mobbing* spesso rivendica come il maltrattamento subìto in ambito lavorativo sia l'unico fattore determinante la comparsa del malessere psichico. Nonostante lo psichiatra possa proporre innumerevoli domande, il passato del tartassato/tormentato viene presentato tanto povero di eventi antecedenti alle malversazioni in ambito lavorativo da dare l'impressione di una biografia anodina che acquista corposità e movimento soltanto dopo l'evento/chiave[4].

[4] In proposito Henri Ey mette in guardia dal tentativo di ricondurre a fattori ambientali l'origine del malessere psichico ricorrendo ad un causalismo semplicistico e riduttivo: «[…] Per quanto possano essere importanti questi fattori ambientali (la configurazione sociale dei disturbi mentali, la loro inclusione in una struttura familiare o uno sviluppo "storico" di avvenimenti) la nostra osservazione clinica, e l'ipotesi che ne consegue, ci proibiscono di vedere nelle difficoltà, nei "maladattamenti" alla vita sociale, delle cause di disturbo che ci sembrino preesisterle, seguirle o meglio ancora condizionarle. […] C'è nel disturbo mentale per noi qualcosa di più profondo che queste variazioni di comportamento che articolano o disarticolano le "funzioni della vita di relazione" alla superficie del nostro essere. È caratteristico del disturbo mentale in effetti disadattare l'individuo nel gruppo. Questo disadattamento dipende dal disturbo, non lo determina».

Nella sua tesi di specializzazione *Studio fenomenologico di un caso di schizofrenia paranoide*, Tatossian scrive che «la nozione di reazione implica che il fatto oggettivo esterno, l'"avvenimento", abbia funzione di causa scatenante per il comportamento "reattivo": senza l'avvenimento, la reazione non sarebbe accaduta». Tale definizione di reazione ci pone di fronte ad un modello interpretativo che riduce la persona e i suoi sentimenti ad un organismo psicofisico soltanto un po' più sofisticato e complesso rispetto al movimento degli ingranaggi di un orologio.

## VI. Conclusioni

In ambito clinico l'atteggiamento fenomenologico può essere di aiuto a conservare, sviluppare, esercitare una coscienza critica intorno al fenomeno (in questo caso, il *mobbing*), facendone cogliere la complessità e mettendo in guardia rispetto a conclusioni affrettate, favorendo «una speciale apertura all'esperienza personale» (Calvi).

Nell'analisi delle modalità di comparsa e di manifestazione di vissuti paranoicali scaturiti in situazioni di *mobbing* ho appositamente messo tra parentesi l'esigenza di incasellamento nosografico di queste forme all'interno dei sistemi nosografici attuali, per evitare di scivolare nella tendenza alla «crescente "patologizzazione" del comportamento quotidiano» (Kutchins e Kirk). Nonostante alcuni aspetti in comune avvicinino la persona soggetta a *mobbing* al delirio paranoico (spazialità, ricorso al medico come "mezzo utile per", ecc.), nella prima assistiamo al saldo mantenimento della continuità biografica. In effetti Lucio mantiene il senso della continuità della propria biografia e, anche se preoccupato per le vicende lavorative, rimane un padre di famiglia premuroso nei confronti dei figli e della moglie. La progressiva dissoluzione della fiducia e familiarità in ambito lavorativo non fa quindi sentire Lucio in un vicolo cieco senza alcuna alternativa.

Nel delirio paranoico, di converso, osserviamo una radicale distorsione e alienazione biografica (Lantéri-Laura, 1987) ovvero un «blocco, un pesticcio sul posto della storicizzazione biografica» (Tatossian, 1996). Nel mondo paranoico si verifica il prevalere di una stabile «tematizzazione dell'esistenza a vantaggio di un unico tema: la riparazione del torto subìto, la preservazione della salute corporea, la dimostrazione dell'infedeltà del coniuge» (*ibid.*).

Tenendo presente come la biografia sia riformulata e assoggettata al vissuto delirante, l'esistenza paranoica appare allora contrassegnata da un "non poter essere altrimenti", che trova espressione nelle parole di

un paranoico che – in occasione di un recente colloquio – manifestava con disperazione l'ineluttabilità della propria condizione di vita, affermando in modo accorato di «essere come un treno sopra ad un binario della ferrovia. O percorro il binario senza alcun minimo cambiamento di direzione, oppure deraglio! Non ho nessuna possibilità di decisione…».

Minkowski riconosce come le reazioni preparanoiche, alle quali potremmo ricondurre il disagio della persona soggetta a *mobbing*, «hanno effettivamente qualcosa in comune con il mondo paranoico, con la differenza però che sono reazioni destinate a durare solo per un certo tempo» e, come un temporale estivo, a lasciare il tempo che trovano.

Possiamo quindi pensare che le modalità paranoicali che trovano espressività in alcune persone tormentate/tartassate ricordano quelle forme di «reazioni paranoicali banali, più psicopatiche che psicotiche, possibili nelle persone paranoiche ma in verità anche in ogni essere umano» (Tatossian, 1996).

Inoltre, l'atteggiamento del tartassato/tormentato è prevalentemente di tipo astenico: il suo è un soffrire in silenzio, un chiudersi al mondo circostante, un subire passivo i soprusi subìti, mentre è ben nota la combattività e l'istanza rivendicativa del paranoico.

*Sono dell'idea che queste riflessioni intorno al fenomeno* mobbing *possano darci indicazioni sulle modalità con cui entrare in relazione con persone con vissuti paranoicali.*

La certificazione, per quanto anodina possa essere, permette a Lucio una "*accréditation sociale*", "un riconoscimento sociale" (Del Pistoia, 2005) che ri-apre e facilita la ritessitura di una dimensione relazionale dialogica. Inoltre, la necessità di ottenere la certificazione porta Lucio a confrontarsi con una persona, uno psichiatra in carne ed ossa disponibile ad ascoltarlo, e non più con una sorda e impersonale istituzione.

Al di là della certificazione, il presentarsi ai colloqui stabiliti rappresenta di per se stesso un "atto parlante" (Sassolas) che esprime l'esigenza da parte del paziente di esser ascoltato. È proprio nel corso degli incontri che è possibile aiutare la persona con vissuti paranoicali a passare dall'esigenza di essere ascoltati, espressa il più delle volte sotto forma di monologo, ad un'apertura al dialogo, in cui le parole pronunciate si intrecciano con intervalli di silenzio che favoriscono l'ascolto e la partecipazione.

Nell'immaginario collettivo lo psichiatra viene tratteggiato in due versioni apparentemente contrapposte: quella del medico dotato della valigetta con le "straordinarie" iniezioni che sedano e trasformano i leoni in agnellini e quella dell'ipnotizzatore tramite le parole.

L'azione prodigiosa, quasi magica, delle parole dello psichiatra nello sciogliere anche le situazioni più drammatiche, viene ricordata da Kretschmer nel suo celeberrimo testo sulle personalità sensitive: «[…] il suo stato è rimasto stazionario ancora per nove giorni. Non abbiamo rintracciato, malgrado osservazioni e minuziose ricerche, né allucinazioni, né illusioni. Poi, tutto questo stato minacciante cambia bruscamente. Il malato inizia a parlare di una o l'altra delle sue rappresentazioni deliranti; per lo meno, comincia a discuterne; l'umore collerico si riduce; tre o quattro giorni più tardi il malato manifesta una coscienza completa della propria malattia […]».

Non so se il parlare («Facci una chiaccherata», secondo l'invito canzonatorio di alcuni nostri colleghi in occasione della richiesta di consulenze) sia il nostro compito principale e se, insieme all'ascolto delle parole del paziente, sia di per se stesso terapeutico: in ogni modo la persona che abbiamo di fronte nel momento in cui si rende disponibile per il colloquio manifesta un gesto di fiducia, fiducia non tanto di ascoltare le nostre "chiacchiere", quanto fiducia che noi ci troviamo nella disposizione d'animo di ascoltare le sue.

Sta allora a noi non tradire questa fiducia, offerta dal paranoico spesso *sotto* e *tra* le righe di un dialogo appena iniziato.

## BIBLIOGRAFIA

Callieri B.: *La prospettiva fenomenologica come presupposto all'incontro psicoterapeutico*. INFORMAZIONE PSICOTERAPIA COUNSELLING FENOMENOLOGIA, 2003, 1: 6-11

… : *Corpo, esistenze, mondi. Per una psicopatologia fenomenologica*, a cura di Gilberto Di Petta. Edizioni Universitarie Romane, 2007

Callieri B., Castellani A. e De Vincentiis G.: *Lineamenti di una psicopatologia fenomenologica*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1972; ristampa a cura di Callieri B., Di Petta G. e Maldonato M., Guida, Napoli, 1999

Calvi L.: *Un invito alla visione eidetica*, ne *Il tempo dell'altro significato. Esercizi fenomenologici di uno psichiatra*, pp. 39-45. Mimesis, Milano, 2005

Del Pistoia L.: *L'expérience du corps vécu dans la paranoïa*. EVOL. PSYCHIATR., 2005, 70: 232-332

… : *Storia del concetto di Paranoia: epistemologia, psicopatologia e clinica*, in *Saggi fenomenologici. Psicopatologia, clinica, epistemologia*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2008

Ey H.: *La position de la psychiatrie dans le cadre des sciences médicales. La notion de "maladie mentale"*, in *Etudes psychiatriques*. Desclée de Brouwer, Paris, 1948-1954

Kretschmer E.: *Paranoïa et sensibilité. Contribution au problème de la paranoïa et à la théorie du caractère*. PUF, Paris, 1963

Kutchins H. e Kirk S.A.: *Making us crazy*. The Free Press, New York, 1997. Tr. it. di C. Giampà Cavaggioni, a cura di C. Colombo: *Ci fanno passare per matti. DSM: la bibbia della psichiatria e la creazione dei disturbi mentali*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2003

Lantéri-Laura G.: *La verità in psichiatria e la verità nella psicoanalisi*, in Verdiglione A.: *La verità*. Feltrinelli, Milano, 1972

… : *L'alienazione biografica nei deliri cronici* (1987), in *Sapere, fare, saper-fare in psichiatria: psicopatologia, clinica ed epistemologia*. Fioriti, Roma, 2007

Minkowski E.: *Traité de psychopathologie*. PUF, Paris, 1966. Tr. it.: *Trattato di psicopatologia*. Feltrinelli, Milano, 1973

Sassolas M.: *La psychose à rebrousse-poil*. Erès, Ramonville Saint-Agne, 1997. Tr. it.: *Terapia delle psicosi. La funzione curante in psichiatria*. Borla, Roma, 2001

Tatossian A.: *Etude phénoménologique d'un cas de schizophrénie paranoïde* (1957), in *Psychiatrie phénoménologique*. Laboratoires Lundbeck, Etim, Paris, 1997

Tatossian A.: *La plainte*. PSYCHOLOGIE MEDICALE, 1989, 21: 283-285. Tr. it.: *Il lamento*. PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA, 2001, vol. 38, fasc. I

… : *L'interprétation paranoïaque*. L'ART DU COMPRENDRE, 1996, 5-6: 192-197. Tr. it.: *L'interpretazione paranoica*. PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA, 2001, vol. 38, fasc. I

Dr. Giampaolo Di Piazza
Via del Porrione, 54
I-53100 Siena

*Testo presentato il 15 Giugno 2007 al VII Corso Residenziale di Psicopatologia Fenomenologica di Figline Valdarno (Fi)*

# PSICOPATOLOGIA E *ZEITGEIST*. L'ESPERIENZA DEL PANICO

E. FERRARI

Nei confronti della psicopatologia si possono avere, certamente, diversi sguardi possibili. Tra questi, vorremmo in questa sede privilegiare lo sguardo che consente di mettere in relazione la psicopatologia con la cultura del tempo. Prestando un'attenzione privilegiata al mondo giovanile postmoderno, crocevia paradigmatico del rapporto tra natura e cultura, attraversato spesso drammaticamente dall'esperienza del panico.

Tale sguardo sembra supportare l'ipotesi che esista una relazione tra psicopatologia e *Zeitgeist*. Vale a dire che la psico-patologia non possa prescindere dalla cultura, da quelle direzioni di senso, esplicite ed implicite, collettivamente condivise in una determinata epoca storica. Che ne sia in qualche modo condizionata. Che non sia, dunque, immutabile. Che non possa essere intesa come mero difetto inscritto nella natura o imposto dalla natura. Che la psico-patologia sia, invece, parola del tempo in cui viene pronunciata. Che del proprio tempo esprima, nel suo essere risvolto psico-logico delle forme di sofferenza di cui si occupa la clinica, le dominanti valoriali come anche le subordinate controvaloriali. Quelle che Jung annovererebbe nella nozione di "ombra".

La complessità della psicopatologia, dunque luogo privilegiato di conoscenza dell'individuo e della cultura del tempo in cui egli vive, è ciò che ha fatto sostenere a Jung l'esistenza di un "*inconscio spirito del tempo*" (1957), come anche del riflettersi nel nevrotico dei "*temi del tempo*" di fronte a cui l'esperienza psicopatologica rappresenterebbe un "*fallito tentativo di risoluzione*" (1943).

E l'esperienza del panico, oggi particolarmente diffusa nella fascia d'età giovanile ma non solo, sembra essere paradigmatica di questa complessità, specialmente in ordine al tema del tempo, del male e della vita emozionale nelle loro declinazioni contemporanee.

Più che alla crisi acuta, sulla quale si incentra la psichiatria clinica dei recenti DSM (2001) che la codificano come "Attacco di panico" all'interno del più esteso "Disturbo di panico", vorremmo puntare l'attenzione sulle coordinate psicologiche del paziente che vive una tale esperienza critica. Nel senso che riteniamo esista un terreno preparatorio alla crisi e che questa lasci successivamente delle tracce visibili sul terreno dove essa è divampata.

Se la crisi acuta di panico rappresenta una modalità primigenia dell'esperire umano (archetipica, potremmo anche dire con il linguaggio di Jung), dove regna la "fusionalità pulsionale" (utilizzando invece in questo caso un linguaggio di matrice freudiana), dove angoscia, desiderio ed eccitamento non sono separabili (Hillman), le coordinate psichiche del soggetto che patisce il panico sono invece più rappresentative per il nostro discorso in quanto stabiliscono un nesso significativo con la cultura contemporanea.

## I. Brani di una storia clinica

Marcello, ventitre anni, da un paio d'anni non ha più crisi acute di ansia o di panico. Queste si erano manifestate dapprima ripetutamente durante dei risvegli notturni; successivamente si era verificata la vera grande crisi presso il parcheggio di un'autogrill, nella sosta durante un viaggio in auto che, per la prima volta, faceva da solo.

> *Da quella volta in autogrill la mia vita non è più stata la stessa. Quando devo affrontare una situazione nuova sto sempre male, sono teso, non riesco ad essere tranquillo. Non si può vivere così… Quello che per gli altri è naturale per me non lo è! Devo sempre far fatica, impormi le cose… Anche uscire la sera con gli amici spesso mi riesce difficile, perché ho paura di star male: penso di svenire oppure, se bevo qualcosa, che mi possa venire un infarto o un ictus…*
>
> *Io per star bene dovrei sapere che tutte queste cose non esistono; dovrei esser certo che non mi arrivi nulla di malvagio o di cattivo! Non riesco, spontaneamente, a pensare che possa capitare qualcosa di bello e di entusiasmante. È sempre il peggio che domina i miei pensieri…*

*Quando poi so di dover incontrare qualche persona nuova, magari sul lavoro, i giorni prima sto male perché cerco di prevedere quello che potrà capitare: il mio cervello è sempre in funzione. Non riesco a lasciarmi andare, a vivere le cose senza doverci pensare prima, a fidarmi del mio futuro…!*

## II. IL TEMPO DELL'ATTESA

Che cosa caratterizza nuclearmente l'esperienza del tempo soggettivo in quella situazione di vita che la pratica clinica definisce come Disturbo di panico? Il futuro rivissuto come "*minaccia*", secondo la felice espressione degli autori francesi Benasayag e Schmit, sembra esserne l'elemento centrale.

Quella visione del futuro che, nell'implicito dell'odierno senso comune, esita nel cinismo della in-differenza, negli individui con Disturbo di panico esita invece nell'*attesa* che sconfina nell'*ansia*. Termine che consideriamo, sulla scia dei lavori di E. Borgna (1997), nella sua equivalenza semantica con quello di *angoscia*.

Nelle fasi successive alla crisi acuta il tempo vissuto, quello soggettivo che non coincide con il tempo oggettivo dell'orologio, più che dalla dimensione del presente fine a se stesso è dunque caratterizzato dalla dimensione dell'attesa, spasmodica, del futuro. Non invece, per rifarci alla riflessione per tanti versi insuperata di E. Minkowski, dalla dimensione dell'*attività*.

L'avvenire è cioè vissuto per il suo "venire verso di noi" (questa è la sostanza psicologica del sentimento dell'attesa) e non per il nostro tendervi e per il nostro costruirlo (che è, invece, la peculiarità psicologica del sentimento di attività). In questa asimmetria, l'avvenire giunge a manifestarsi con un'incombenza passivizzante che ha il carattere dell'immediatezza, di fronte a cui l'attesa inevitabilmente si fa ansia. Vale a dire, diventa inquietudine *in*-determinata, che non consente pacificazioni rassicuranti e che, nello smarrimento che comporta, comunica uno stato d'allarme che trascina con sé una generale iperattivazione, senza però consentire una direzione di fuga. E, in un'atmosfera in cui il logos non riesce a produrre certezze, è la lingua primaria del corpo ad essere parlata, nei termini della irrequietezza e della tensione muscolare, della velocizzazione del cuore e dell'incertezza del respiro.

Intendiamo dunque dire che l'attesa, dimensione peculiare e costitutiva della condizione umana, si fa psicologicamente *in*-contenibile e *in*-tollerabile proprio quando non viene stemperata dal sentimento di attività.

Là dunque dove si vive, dove è psicologicamente possibile vivere e contenere l'inevitabile tormento del conflitto tra attesa e attività, senza che l'Io si collassi, l'ansia, che questo conflitto fisiologicamente accompagna, non si fa sintomo clinico ma diventa esperienza emotiva segnalatrice dell'inevitabile enigmaticità del futuro. Viceversa, là dove questo conflitto non è sostenibile perché il sentimento di attività (condizione emotiva che precede ogni declinarsi concreto dell'attività stessa) è flebile o inesistente, l'intensità dell'ansia è tale da spezzare la continuità del vivere e da non consentire il disteso rapportarsi alle cose del mondo.

Si realizzano allora parabole esistenziali in cui l'attesa, unilateralmente vissuta a scapito dell'attività, entra in scacco. E vi entra, riteniamo, per la perdita della categoria della *fiducia*, una sorta di spontanea credibilità del futuro la quale, sola, consentirebbe di far vivere la *e*-ventualità come risorsa. E di far vivere l'ansia stessa, primitivamente correlata all'attesa, come esperienza costitutiva di senso. Fiducia che, antropologicamente, motiva la *speranza*, che qui risulta invece essere amputata. Come scrive E. Borgna (2005, pp. 51 e 52), rifacendosi alle essenziali riflessioni di Minkowski:

> *Liberati dalla morsa dell'avvenire immediato, che l'attesa ha in sé, noi viviamo nella speranza un avvenire più ampio, più lontano, più ricco di promesse che non nell'attesa; e la infinitudine dell'avvenire si dischiude davanti a noi.*

La sproporzione attesa-attività, tipica del paziente che vive o ha vissuto l'esperienza del panico, è l'elemento che indica lo stato d'impotenza dell'Io: ritratto, da un lato, della più generale cultura dell'immediatezza e della frammentarietà della durata e, dall'altro, del pessimismo culturale sulle possibilità dell'uomo del terzo millennio di poter determinare il futuro. Fine delle "magnifiche sorti progressive" e spietata rivelazione dell'ombra (in senso junghiano) della potenza della Tecnica, rappresentata dal vissuto dell'impotenza individuale.

## III. Il tempo dell'anticipo

Il futuro non è pertanto assente nel Disturbo di panico ma, per la verità, in un clima psicologico (non difformemente da quello culturale) d'incapacità a vivere il senso dell'ansia, non rimane, o disperatamente si cerca di far sì che non rimanga, un futuro consumato soltanto nell'attesa.

Così questi pazienti, nel tentativo di liberarsi dalla morsa dell'attesa che impietosamente si fa ansia, quasi ossessivamente, rendono presente il futuro nell'*anticipo*, che vorrebbe depotenziare emotivamente lo stato di attesa. Senza però comportare quella che per Heidegger era la prerogativa dell'anticipo stesso come proprietà del presente, e cioè la *decisione*, intesa come apertura nella direzione del farsi carico del tempo futuro.

È proprio la riflessione heideggeriana quella che più ha analiticamente descritto il fenomeno temporale dell'anticipo. Ed è ad essa che vogliamo rifarci, pur rimanendo nelle regioni del ragionamento psicologico e psicopatologico, e nonostante la profondità del linguaggio heideggeriano sia spesso a rischio di oscurità.

In questo senso diremo che l'anticipo vissuto nell'esperienza clinica del panico non è l'*anticipazione* che Heidegger ha tematizzato di fronte all'"essere-per-la-morte". Quest'ultima è piena assunzione della libertà dell'esserci nell'apertura alla sua "possibilità estrema", cioè al futuro nella sua valenza più radicale che è per l'appunto la possibilità del morire.

A differenza del Disturbo di panico, dove l'anticipo vorrebbe ridimensionare la portata emotiva dell'ansia (o angoscia), l'anticipazione di cui parla Heidegger è accompagnata dall'affetto dell'angoscia (o ansia). Angoscia che non è per questo o quell'oggetto, ma per il nulla che è la morte. Per cui l'anticipazione diventa possibilità, pienamente personale, dell'autenticità dell'esserci e liberazione dall'inautenticità impersonale, o inautenticità del *Si-stesso*.

Non così nel Disturbo di panico, dove l'anticipo è un ossessivo prefigurare il domani minaccioso, nel tentativo di spogliarlo di quel carattere di indeterminatezza che lo dota dell'attendibilità ansiosa, la quale alligna proprio dove manca la determinazione oggettuale.

L'anticipo nel Disturbo di panico è, in buona sostanza, il tentativo di rendere noto l'ignoto, di oggettivare l'*e*-ventualità non conosciuta. È, in fondo, il tentativo inconsapevole di trasformare l'ansia *in*-determinata in paura *de*-terminata. Quest'ultima, a differenza dell'ansia, è dotata di confini, vede l'oggetto che inquieta e permette di allestire la fuga. Che nel disturbo di panico, quasi sempre, si concretizza nell'evitamento di situazioni o persone.

Per cui spesso si vive, accanto al tempo dell'anticipo, il tempo del *rinvio*, che evita il *mettersi all'opera* fino a quando non lo pretenda l'incombenza della *necessità*, di quello stato di costrizione che è antitetico alla libertà.

Il rinvio è appunto connesso alla paura, quando questa entra in scena per placare l'angoscia. È, per esempio, il caso emblematico dello studente che, terminati gli esami universitari, non riesce a scrivere la tesi

di laurea. O dell'adolescente che, occasione dopo occasione, rinvia a un domani simbolico una vacanza con gli amici. Segno dell'incapacità a "stare" di fronte all'*ad*-venire nella modalità della libertà. Più esattamente, della *libertà ansiosa*.

Rispetto all'anticipazione heideggeriana qui non si rimane dunque nell'ansia (o si fa di tutto per non rimanervi), in linea con una cultura che non tollera l'ignoto (interno ed esterno) ma si accanisce per *s*-velarlo e dominarlo. Anche ricorrendo a condotte o tecniche di dipendenza, spesso cercate dai soggetti che soffrono il panico ma anche propagandate da tante proposte terapeutiche. Del resto non viviamo più la stagione in cui la libertà può farsi struggente e disposta a tutto. Viviamo più la stagione della ricerca della sicurezza, che non sempre è conciliabile con la libertà, almeno nella sua versione più radicale.

Anche la morte (tra le più ricorrenti rappresentazioni anticipatorie dei soggetti che patiscono il panico) è forzatamente ricondotta all'oggettualità, rendendo possibile la paura-della-morte più ancora che l'angoscia-della-morte. Grazie, soprattutto, alle categorie medico-scientifiche (il paradigma oggi imperante nell'esplorare il ben più vasto "arcipelago delle emozioni", come lo ha chiamato E. Borgna) che riducono la morte ad accadimento nominabile e spiegabile. Nella pretesa, che ci sembra tuttavia illusoria, di renderla temibile ma non angosciosa.

E se di fronte alla morte è la paura e non l'angoscia a caratterizzare l'affettività di queste storie di vita, la conseguenza è, lo ripetiamo, la difesa mediante la fuga dal futuro che unilateralmente incombe come minaccia.

Questa riflessione sull'anticipo ci consente un'altra amplificazione di senso, questa volta sollecitata dalla mitologia. L'esperienza dell'anticipo non può non farci ripensare alla figura di Prometeo, colui che *"vede in anticipo"*. Alla sua decretazione della fine dell'era del mito, dell'era in cui le forze cosmiche sovrastavano e al contempo "significavano" la vita dell'uomo. Alla spinta all'anticipo che in un certo senso ha inaugurato l'antropocentrismo occidentale, impedendo la rassegnazione e aprendo al tempo *pro*-gressivo (*pro-grădi*, letteralmente: camminare in avanti) che è il tempo della storia e non più del mito. Il tempo in cui il fuoco della tecnica vuol essere più potente del fulmine del cielo.

Ora, in un momento culmine della storia occidentale, in cui la Tecnica sembra garantire il controllo sulla natura, la diffusione dell'esperienza del panico e la peculiarità con cui in essa è vissuto l'anticipo, forniscono nuove indicazioni sull'ombra nascosta ma presente di questo ardimentoso processo che ha caratterizzato la terra del tramonto. Perché l'anticipo sperimentato nel Disturbo di panico, se da

un lato sembra rappresentare la radicalizzazione del tentativo di controllo sulle forze cosmiche, dall'altro non volge al *pro*-gresso e alla capacità di decisione. Ma, al contrario, alla stasi.

Non è forse questo il segnale che, senza un autentico confronto con le forze cosmiche, non c'è nemmeno energia per la storia?

Ma, tornando alla riflessione psicopatologica, aggiungiamo ancora che l'ansia, antropologicamente costitutiva e quindi mai interamente sopprimibile, può riproporsi proprio là dove non si intravede una via di fuga dallo stato di paura. Fuga cercata non solo rispetto al contenuto estremo della morte, ma anche ai più improblematici contenuti della vita quotidiana, come può essere un incontro, un impegno, o il doversi recare in una località non familiare.

Così l'ansia (o angoscia), alternata alla paura, si riaffaccia anche al di fuori delle crisi, ogni qualvolta gli oggetti della paura si fanno sfuggenti e non controllabili. E il futuro – l'avvenire – continua dunque ad essere vissuto, oltre che nell'anticipo, anche nella dimensione dell'attesa allo stato più puro.

Nel disperato tentativo di evitare tutto ciò, in questi soggetti si affaccia costantemente il bisogno della calma, della sosta, della quiete intesa come *a*-conflittualità. Si assiste allo scacco della libertà come possibilità, dunque della *pro*-gettualità. Non vi è, in buona sostanza, *iniziazione*. Perché non c'è il farsi carico dell'angoscia che è sentita come intollerabile; della possibilità come possibilità, che solo nell'incertezza può essere esistenzialmente esplorata.

Dicevamo della fiducia che manca. Soprattutto la fiducia in se stessi, del poter stare nel divenire senza *s*-venire (una delle paure più diffuse nel Disturbo di panico), senza perdere *con*-sistenza, che etimologicamente allude al possedere un fondamento. Il tempo vissuto non è il tempo del *Kairòs*, il tempo "opportuno" che chiama alla decisione; è piuttosto il tempo di *Chronos* che, come nel mito, malignamente inghiotte il nuovo perché ne ha paura. Da cui la visione "saturnina" del paziente che ha vissuto il panico, formalmente differente però, come diremo meglio più avanti, dalla strutturazione depressiva.

In un'epoca in cui sembra prevalere nella coscienza collettiva una sorta di cinismo culturale nei confronti di un futuro che non suscita fiducia, il Disturbo di panico ne svela l'ombra. Vale a dire quel diffuso senso d'inquietudine che sembra più veritiero e coerente stante il senso odierno di minacciosità del futuro stesso. Un futuro apocalittico, ma non più nel significato cui si alludeva nel pieno del XX secolo, quando gli scenari politico-militari facevano temere potenziali distruttività planetarie. Bensì nel significato, ancor più radicale, del dissolvimento delle stesse basi antropologiche del vivere comune ed individuale.

Come se i sintomi del Disturbo di panico, assunti nel loro valore simbolico, comunicassero la non scontata praticabilità del futuro non soltanto come categoria storica ma anche come categoria psicologica. Ma, egualmente, la non scontata praticabilità del presente stesso quale improblematico godimento che sarebbe reso possibile dal non dover ulteriorizzare lo sguardo temporale. Come se fosse illusorio disabitare interamente il futuro. Là dove lo si pretende, le esperienze dell'anticipo e dell'attesa lo rendono ancor più incombente.

## IV. L'ANGOSCIA E LA PAURA

Nel Disturbo di panico possiamo qualificare come "angoscia" (sempre dal punto di vista clinico) l'affettività della crisi acuta, dove si manifesta l'*il*-limitatezza del possibile nello spaesamento dell'Io, disarcionato dalla furia *in*-contenibile delle emozioni che, private di finalizzazione, rendono impossibile il ritmo della coscienza.

È una situazione che l'io non sa, non riesce a vivere sotto il profilo della libertà. Perché la morte che si profila, nell'assenza di una piena presenza coscienziale, non è, non può essere, la possibilità estrema di cui farsi carico (questa è, forse, la netta demarcazione rispetto alla riflessione ontologica di Heidegger), ma diventa il deragliamento della possibilità stessa in quanto tale. In linea, gettando lo sguardo sullo Spirito del tempo, con la rimozione della morte operata dalla società contemporanea in quanto evento *in*-controllabile e totalmente destituito di senso.

Forse, tuttavia, ciò che temerariamente possiamo ritenere condividano l'angoscia della crisi di panico e l'angoscia esistenziale tematizzata dal pensiero heideggeriano, è il carattere di primordialità e fondamentalità dell'affetto, non le sue implicazioni di senso. Intendiamo dire che nello spaesamento coscienziale della crisi di panico come nello smarrimento delle certezze mondane dell'"essere-per-la-morte", si rivela la limitatezza dell'Io quale dimensione soggettiva della coscienza. L'angoscia è data dall'irrompere della perdita della stabilità improblematica dell'Io di fronte al mondo. E in questo senso è esperienza sovraindividuale.

Dopo la crisi acuta, quando l'io si riprende, entra in scena la paura, tratto costante dopo la crisi ma per la verità già presente prima della crisi stessa. La polarizzazione della paura può essere più sul registro psichico: paura d'impazzire oppure di avere una mente ovattata, non in grado di essere presente sintonicamente ed adeguatamente alla vita. Oppure più sul registro somatico: paura di avere un infarto, o un ictus… in

genere incidenti cardiocircolatori che abbiano il carattere di repentinità, fino alla cosiddetta morte improvvisa.

Lo "stato di paura" di chi ha vissuto l'esperienza del panico a noi sembra – come già abbiamo ipotizzato – una sorta di protezione dall'angoscia: uno stare al di qua della libertà del possibile. Chi ha vissuto la crisi angosciosa del panico, ora ha paura della "possibilità" che l'angoscia faccia ritorno, preferendo il restringimento degli orizzonti della libertà (declinato anche in un concreto inaridimento dei dinamismi vitali) all'affacciarsi im-prevedidibile del mondo del possibile.

Perché, tornando alla complessa ma illuminante riflessione heideggeriana (tr. it., pp. 228 e 229),

> *il davanti-a-che dell'angoscia è il mondo come tale…* [*In esso*] *si rivela il nulla e in nessun luogo…* [*ma*] *l'angoscia porta l'Esserci innanzi al suo esser-libero-per…*

Mentre invece (*ivi*, p. 174)

> *il davanti-a-che della paura, ciò che fa paura, è sempre un ente che si incontra nel mondo.*

Certo, assumiamo queste parole consapevoli della fuoriuscita dalla loro significazione filosofica, ma ci sembra egualmente irrinunciabile farvi riferimento per descrivere la parabola psicologica di chi vive l'esperienza del panico. E per descrivere l'intolleranza "culturale" per esperienze emozionali private di controllo oggettuale.

Paura e ansia (angoscia), pur formalmente differenti sul piano della significazione (la presenza o meno di un oggetto determinato nell'intenzionalità emotiva) e non concomitanti sul piano dell'esperienza soggettiva, non sono del resto dinamicamente autoescludentisi. Ci può pertanto essere uno stato di paura-con-oggetto che subentra all'angoscia, ma sul quale può altrettanto innestarsi di nuovo l'angoscia.

Come a significare che l'oggetto intenzionato dalla paura rinvia pur sempre ad una dimensione ancor più indecifrabile ed inconoscibile. Per certi versi non familiare o, forse, semplicemente rimossa ma profondamente pertinente la nostra condizione umana. Come lascerebbe anche intendere la riflessione sul "*perturbante*" di Freud (1919), nella sua accezione di non familiare o non abituale (*un-heimlich*), non restringibile alla significazione sessuale.

Forse, proprio perché ogni paura cela il sentire estremo del morire. Una sorta di in-quietudine strutturale dell'e-sistere che sembra ancor

meglio contestualizzare emotivamente il fenomeno prima descritto dell'attesa-anticipo rispetto ad un futuro sentito come minaccia. Se pertanto la paura blocca e invita alla fuga (evitamento) come nell'agorafobia o nella fobia sociale, l'angoscia inquieta, tormenta e paralizza.

La morte, nei soggetti che vivono il panico come più in generale nell'uomo contemporaneo, è drammaticamente rappresentata nella mera singolarità, privata di una simbologia collettiva che ne comunichi una possibile sensatezza. La paura è paura della "mia" morte (come della "mia" perdita di controllo), condizione emotiva che non è sentita come "vissuto interiore" (*Erlebnis*) *me*-appartenente ma come "accadimento esteriore" (*Geschehnis*) *me*-invadente (Binswanger).

Per cui, anche là dove vi è presenza coscienziale (come nei periodi al di fuori della crisi acuta di panico), non avviene il farsi carico nella libertà di quella che Heidegger definiva la possibilità estrema dell'esserci.

La paura qui diventa allora indicativa tanto dello scacco postmoderno dell'autenticità heideggeriana (espressione, tutto sommato, di un'antropologia della fiducia), quanto dello scacco dell'anonimato del "Si", illusorio antidoto a quell'angoscia connessa all'autenticità dell'esserci.

## V. La primarietà del male

Nel Disturbo di panico sembra esserci, al fondo, l'impossibilità dell'accettazione della possibilità del male; impossibilità che sempre comporta il vivere sì il presente, ma come presente chiuso. In assenza di una più libera e consapevole attesa che solo nel farsi carico del limite, della caducità, della fine, può trovare un contenimento emotivo che non eluda l'ansia ma nemmeno la subisca come esperienza scompaginante. E, in questo modo, possa consentire la conservazione dell'apertura al *pro*-getto.

L'individuo che patisce il panico non accetta la possibilità del soffrire, figura emblematica dello spirito del nostro tempo che proprio di fronte all'esperienza della sofferenza e, più radicalmente, della morte entra in scacco.

Il bene non comporta qui la lotta contro il male, vale a dire l'istanza eroica. Il bene è identificato con l'assenza del male: una *privatio mali* che fa da controcanto alla *privatio boni* cui tanta attenzione pose Jung (1948) stesso nella sua riflessione critico psicologica sul cristianesimo storico. Emblematica l'espressione di Marcello, dopo due anni in cui gli

attacchi acuti di panico sono assenti: *«potrei star bene se sentissi che non esiste nulla di cattivo!»*.

Vissuta come entità cosmica in-controllabile, l'esperienza del male è tutt'uno con il senso di minaccia del futuro che incombe. Il male non è sentito nascere dall'interno o appartenere al soggetto, ma come potenza che vi si insinua e, ineludibilmente, ne comporta lo *spezzettamento* della continuità dell'esistere. Una sorta di entità straniera che invaderà il proprio territorio impedendo la quiete, intesa solo come improblematica assenza dello straniero. Una condizione, quest'ultima, non di possibile confronto con il male, ma collocata "al di qua" del male.

Il male insomma, nella "filosofia" del Disturbo di panico, non ci appartiene, ma prescinde dalla nostra storia e dalla nostra personalità. Arriva dentro di noi, ma non siamo noi.

Non c'è mai una identificazione così piena con il male, come avviene invece nella malinconia dove è sostenuta dal sentimento di colpa (*«sono io responsabile di… sono io il male!»*). Il male è qualcosa che "capita" devastando, che arriva da un altrove e modifica l'Io. Non c'è identificazione ma neanche la possibilità di prenderne le distanze, perché nucleare è l'impotenza dell'Io. È una porzione scissa, diremmo in linguaggio analitico. Come scissa è l'esperienza stessa del panico. Anche in questo si vede l'ombra contropolare della potenza della tecnica, ribaltata nell'impotenza individuale: le sensazioni sgradevoli "devono" sparire, la paura non deve esistere, ma è come se queste non possano essere azioni dipendenti dalla responsabilità del soggetto.

In queste affermazioni, al di là delle semplificazioni della clinica odierna che spesso assimila diverse forme psicopatologiche sulla base delle risposte farmacologiche comuni (che andrebbero per altro meglio puntualizzate, nel senso del filtro emozionale che vanno a produrre, più che dello scioglimento dei nuclei di fondo delle patologie), ci pare siano contenute anche le radicali differenze con l'esperienza depressiva. Nell'esperienza del panico il male è vissuto come "smarrimento", "insensatezza", perché *in*-sensati sono il dolore, l'emozione negativa, il negativo "sentito". Il bene è per l'appunto *privatio mali*. Il male esiste, ma andrebbe cancellato: unica via per poter-vivere-bene.

Centrale è dunque il male, il bene è la sua assenza. Non è il bene forte, progettuale, il bene-meta, il bene-realizzazione, o il bene-origine. È il bene-sosta, o il bene-assenza di incognite, di fatiche, di responsabilità.

Nella depressione è il contrario: il male è perdita di un bene *nost*-algicamente *de*-siderato, luogo di rivelazione del bene-che-manca. Il desiderio è per l'appunto nostalgia, doloroso (*algos*, dolore) ritorno (*nostos*) all'inizio. Nella depressione è il bene l'entità centrale, ineluttabilmente perduta, per cui il male incombe ma come *privatio*

*boni*. Il depresso vive, e rivive (perché stiamo parlando della rinarrazione post critica), l'ineluttabilità di un'esistenza che comporta il negativo, inteso come assenza o perdita. Capita a volte, infatti, che il paziente depresso, dopo le fasi più oscure, ammetta che la crisi abbia s-velato qualcosa di "utile". Perché il bene perduto s-vela l'essenzialità del bene stesso: è un bene ricco di contenuti etici e di appelli morali. Ciò che dà ragione della presenza del sentimento della colpa accanto a quello della perdita, poiché del male è l'uomo che deve rispondere, assumendosi la colpevole responsabilità (da *respondere*).

In questo senso l'esperienza della depressione comporta un dolore ancora più straziante rispetto al panico, perché dove alligna la colpa il co-involgimento è totale, senza che si ritenga legittimo l'allestimento di difese psicologiche. Ma, paradossalmente, la depressione è meno in balìa del male, trovandone la radice nell'uomo stesso e non, come nel panico, in un altrove estraneo.

Mentre nel paziente depresso il tema del tempo e del male si intrecciano, dunque, a disegnare una trama temporale interrotta che è essenza stessa del male, nel paziente con panico la crisi è vissuta come pezzo scisso e insensato, perché il bene è qui una dimensione vuota, non iniziata e dunque priva di contenuti. È preistoria più che storia smarrita. Dunque non c'è perdita ma mancato inizio: riflesso, tra l'altro, della scomparsa dei riti d'iniziazione, che possono anche essere intesi come avvio alla capacità di elaborare la paura dell'ignoto e del perturbante senza essere inghiottiti dal panico.

Allora anche il sentimento di colpa, quando presente nell'esperienza del panico, non può essere nucleare, non essendoci memoria delle origini. Mentre ha spazio la vergogna, per la difficoltà all'es-porsi dato il non inizio all'alterità che, solo, potrebbe favorire la fiducia e la con-fidenza.

In questo senso la categoria del panico (e, più in generale, quella dell'ansia) esprime molto più della depressione l'odierno Spirito del tempo e le sue contraddizioni. La depressione, al contrario, era centrale nell'epoca recente della modernità, periodo in cui era possibile conservare la fiducia nella riparazione dei guasti della civiltà, che aveva imposto il prezzo della perdita dell'innocenza. Epoca, quella moderna, il cui terreno storico ha reso possibile, forse anche necessaria, la nascita della psicanalisi. Il cui sguardo al passato individuale, quello dell'innocente onnipotenza poi contaminata e ridimensionata, è comunque sempre stato funzionale ad un futuro reso possibile dal compromesso riparatorio.

Ma se vale l'ipotesi che oggi si assiste alla costellazione di un elemento materno primordiale (la Tecnica), che non seleziona e non sacri-

fica ma tutto promette e fornisce, allora si comprende la difficoltà a fruire di un'idea di Bene che giustifichi anche un futuro.

Dicono spesso i giovani, con il linguaggio duro e sprezzante che spesso li contraddistingue: *«bisogna essere furbi… solo i furbi vincono!»*. Come se "far proprio" il male, essere essi stessi il male – messa tra parentesi la colpa del male stesso – rappresenti l'unica scommessa per non soccombere. Certo, tanto cinismo improblematico non può che coprire nella realtà la paura di essere fragili e dipendenti da altri, dalla forza di altri. Ma l'appello ad essere "furbi" vuole esprimere la capacità di allontanare gli altri, d'incutere loro timore, di non avere bisogno di calore umano, di aborrire la bellezza. Di essere forti perché malefici, capaci di difesa e soprattutto di offesa. E tutto ciò non può non far pensare che l'elemento materno onnipotente della Tecnica non sa garantire il *ben*-essere emotivo, cioè quell'integrità delle emozioni che non è data esistere senza l'esperienza della frustrazione, la consapevolezza del limite, il riconoscimento del bisogno che si ha dell'altro.

Qui è in gioco il senso stesso della psicoanalisi oggi, del valore da essa attribuito alla riparazione (pensiamo al filone freudiano) e all'integrazione dell'ombra che salva dall'identificazione inconscia con essa (pensiamo al filone junghiano). Ed è in gioco la sua crisi, a favore di psicoterapie non ermeneutiche ma produttrici di aggiustamenti esperienziali, *pre*-scindenti dal senso esperienziale stesso.

Fatto sta che i ragazzi che fanno esperienza del panico, e che sempre più oggi richiedono un aiuto psicologico e a volte farmacologico, non sanno essere "furbi", non sanno identificarsi con il male in qualità di autori. Ne sentono l'inevitabile minaccia unita all'impotenza dell'io di fronte ad esso. Tanto da ipotizzare che solo la scomparsa del male darebbe loro *ben*-essere. Per questo, inconsciamente, *s*-velano il volto di una contemporaneità che rifiuta il confronto con il male, posizionandosi ora sulla pretesa di eliminarlo, ora sulla tentazione di padroneggiarne le direzioni. Ma ne *s*-velano altresì l'ombra di quell'impotenza nascosta dietro all'onnipotenza, che accompagna il rifiuto di tale confronto.

## VI. Un'amplificazione psicologico-analitica

L'insostenibilità dell'ansia nella dimensione *a*-venire dell'attesa, nel senso dell'insostenibilità del non conosciuto o non conoscibile, rimanda a sua volta (all'interno di un discorso che voglia anche rispettare le prerogative di una psicologia del profondo) ad una insostenibilità del rapporto tra coscienza e inconscio.

Sembra insufficiente la chiave di lettura di matrice freudiana che condurrebbe ad interpretare il panico come risposta all'*e*-ventualità sessuale (Freud, 1894), pur essendo questa una condizione ansiogena clinicamente spesso presente nel Disturbo di panico. Fino a rappresentare, nella storia di alcuni adolescenti, l'ossessione della mancata iniziazione alla vita adulta.

Più foriero di aperture sembra invece l'approccio psicologico-analitico junghiano (1913), che porterebbe ad interpretare il panico in relazione all'incontro con l'inconscio, con la novità, con il mistero. L'ignoto, in questa accezione, si fa demoniaco, perché lacera e *s*-compone (*dia-ballein*). L'alterità personale e situazionale risulta essere nefasta.

Intendiamo il rapporto con l'inconscio come rapporto con il sé non consapevolizzato o non consapevolizzabile, ma egualmente avvertito. E, nell'avvertimento della sua presenza, sono possibili o la convivenza (facendosi carico dell'alterità che ci abita), o la proiezione (investendo dei suoi contenuti un'alterità esterna che si vuol disabitare), o la sua neutralizzazione (deinvestendo emotivamente l'avvertimento che se ne ha, mediante la rimozione o la negazione del suo valore).

Ma il non conosciuto del sé non esprime solo il tempo presente, bensì apre anche al futuro, cioè alla possibilità *im*-prevista o *im*-prevedibile: è questa l'inconscietà dell'attesa, disposizione di perentoria apertura al futuro, dimensione di vuoto in via d'ingravidamento di un pieno non già conoscibile. Qui si colloca l'*in*-quietudine coscienziale del Disturbo di panico. La manovra dell'anticipo allora, vista dall'angolatura psicologico-analitica, è tesa ad arginare la portata dell'inconscio mediante la riconduzione ad un presente controllabile dalla paura che, a differenza dell'ansia panica, consente la vigilanza della coscienza. Una sorta di rinuncia all'inconscio nel suo essere foriero di nuove possibilità *a*-venire.

In questo senso l'inconscio, per il soggetto che patisce il panico, è anche luogo del male, di questa entità straniera che non si vorrebbe *e*-sistesse, nel senso del suo "uscir fuori" nella storia.

A questo proposito, un'importanza decisiva nell'approccio all'esperienza del male, sembra averla il rapporto con il dolore nei primi tempi della vita. Ci riferiamo al dolore (prima forma di patimento del male, quando ancora la dimensione contenitiva della coscienza non si è costellata nello scenario psichico del bambino) che si manifesta fisio-logicamente nell'esperienza della fame, della colica addominale, del pianto abbandonico, della dentizione, del trauma accidentale. E ci riferiamo a quelle costellazioni familiari in cui il dolore, inevitabilmente patito con angoscia per il suo carattere di scompaginamento, di

potenza inarrestabile, di oscurità, di sensazione *in*-determinabile dall'immaturità del soggetto, non incontra una figura materna che lo *sol*-levi prendendo su di sé l'angoscia del bambino e *ri*-dimensionandone la portata. Lì il corpo comincia a connotarsi come luogo di minaccia sconvolgente. Quello stesso corpo che, nel Disturbo di panico, diventa scenario mondano dove si annodano gran parte delle paure e gran parte delle insicurezze. Per cui, non avvezzi all'abbandono protettivo e fiducioso, il controllo (mentale) si fa istanza obbligatoria ed obbligante, per non arrischiarsi alla spontaneità del corpo.

Non si intende con questo discorso, che è formalmente su di un registro psicodinamico, ricercare causalisticamente una "spiegazione" (*Erklären*) della psicopatologia adulta del panico. Piuttosto, sulla scia dei racconti anamnestici dei pazienti, comprendere (*verstehen*) il percorso emotivo storico costituitosi all'interno di particolari trame relazionali e che contraddistingue e motiva la strutturazione psicopatologica della vita.

Esperienze come queste, infanzie come queste, si trovano spesso nella storia di vita dei pazienti che patiscono il panico. O, meglio, nella rimemorazione che questi soggetti fanno della propria storia, che è sempre atto interpretativo più che cronachistico, teso alla significazione di una trama biografica che già di per se stessa contiene valenze terapeutiche. Anche se spesso, come diremo più avanti, il paziente con Disturbo di panico fatica a collegare storia personale e disagio psichico attuale.

## VII. Le difese operate dal pensiero

Dopo la crisi di panico, quasi sempre, la funzione psichica del pensiero interviene massicciamente nell'allestire dighe difensive. Nell'anticipo ansioso che, come abbiamo precedentemente argomentato, caratterizza il dopo della crisi acuta di panico, la ruminazione ossessiva cerca di costringere la *pre*-visione, di controllare l'*ad*-venire nel tentativo di arginare l'ignoto.

Il tentativo è in genere destinato all'insuccesso, perché la forza del *di*-venire non si lascia mai interamente imbrigliare nel *pre*-venire. Anzi, più ci si accanisce nel *pre*-vedere, più non si riesce ad *intra*-vedere. E l'ansia cresce.

Scrive a questo proposito Minkowski (tr. it., p. 42):

> [*lo slancio vitale*] *si volge verso terre non soltanto sconosciute ma che appaiono inesistenti alla ragione.*

E lo slancio vitale, in questa accezione che è certo filosofica (di derivazione bergsoniana) ma dalle pregnanti ricadute psicologiche, è fenomeno primitivo, non riducibile ad un atto di volontà.

La considerazione di quelle che, forse un po' genericamente, chiamiamo "difese ossessive", acquista un interesse di rilievo più generale circa il rapporto dialettico tra psicopatologia e cultura.

Ci riferiamo alla configurazione diversa assunta oggi dalla fenomenologia ossessiva, condizionata, più che dallo spettro della colpa (come era più tipico negli anni scorsi), da quello dell'ignoto. Volta forse a proteggere non più dallo sprofondamento melanconico ma dallo smarrimento del panico e, con esso, da ogni esperienza che abbia il carattere della novità e dell'*im*-previsto.

La difesa ossessiva proteggerebbe da quello stato psichico che si vive di fronte all'ignoto, comprendente eccitamento, ansia e desiderio. Evocando D. Meltzer, potremmo anche parlare di paura della bellezza (quanta poca esperienza del bello in questi pazienti!), intesa come incontro con l'interezza del flusso dinamico della vita e non come statica quiete.

D'altra parte quella estenuazione del pensiero che gira su se stesso, come in vortici che non consentono la fuoriuscita, qual è appunto il pensiero ossessivo, ci pare aver sempre una radice emozionale. In questo "cingere d'assedio" che l'etimologia suggerisce (*obsidere*), si rintraccia la "necessità" (che sempre rimanda ad una illibertà) di arginare la potenza di un'emozione.

Così è stato per il sentimento di colpa nell'epoca moderna, così è per l'emozione panica nella postmodernità.

Quella del panico è una crisi che fa da spartiacque, è evento che modifica. In genere, con tanta acuzie, tale evento si verifica una sola volta, ma il problema è l'atmosfera di rottura che essa crea.

Il tempo vissuto, nel suo scorrimento spontaneo, diventa un tempo frenato dal pensiero. Il tempo in cui la ricerca ossessiva della sicurezza si fa impedimento alla navigazione individuativa. A differenza della parabola melanconica, il tempo non è lasciato essere nella ciclicità del bene e del male. Il tempo della parabola panica è il tempo bloccato del non inizio, in cui il pensiero assedia l'esistenza perché non corra il rischio della storia.

## VIII. La primordialità svelata

Il senso della "catastrofe" come "ritorno compensatorio" di un'angoscia primordiale, in un'epoca la cui coscienza collettiva è nutrita dal (falso) convincimento della potenza individuale, era stato già ben descritto da Jung in una profetica intuizione negli anni '30 dello scorso secolo (1934; tr. it., p. 222):

> *L'accentuata tendenza individualistica dell'ultima nostra fase evolutiva ha determinato a sua volta l'inizio di un ritorno compensatorio all'uomo collettivo, la cui autorità è per ora costituita dal peso della massa. Nessuna meraviglia quindi se oggi incombe quasi un senso di catastrofe. L'uomo collettivo minaccia di soffocare l'individuo, quel singolo al cui senso di responsabilità si deve in definitiva ogni realizzazione umana.*

L'uomo collettivo di cui parla Jung è l'uomo che agisce istanze arcaiche inconsce che quasi lo possiedono. Incapace di una loro "umanizzazione", mediante quel contenimento psicologico che consente il passaggio dal collettivo all'individuale, dalla possessione alla libertà.

Sempre nella medesima direzione di significato Jung parla anche, significativamente, di *inconscio spirito del tempo* quale *compensazione* delle prese di posizione della coscienza. L'espressione, meglio di qualsiasi altra, sembra ben cogliere quanto vogliamo qui dire sul senso "culturale" della psicopatologia, luogo-ombra in cui trovano espressione i lati nascosti, trascurati o negati dallo Spirito del tempo nella sua dimensione di consapevolezza.

Il ritorno all'*uomo collettivo*, così come inteso da Jung, sembra dunque manifestarsi proprio nelle esperienze psicopatologiche. Neurotiche in particolare, quelle cioè più plasmabili dallo Spirito del tempo, come nel caso emblematico che qui stiamo considerando del Disturbo di panico. Intendendo, invece, che l'affiorare dell'uomo collettivo nelle psicosi sia un elemento più strutturale, meno soggetto alle variazioni delle dominanti culturali.

In questo senso il panico, esperienza di scompaginamento dell'unità dell'io, scacco del contenimento delle emozioni somaticamente sperimentate (l'angoscia!), è esperienza psicopatologica paradigmatica dell'ombra del tempo presente: il tempo, da un lato, del controllo razionale e della pianificazione tecnica; il tempo, dall'altro, in cui l'angoscia panica e la paura sono diventate fenomeno sociale.

Suggestiva a questo proposito la tesi di J. Hillman – anche se a rischio di irenismo, là dove ne intravede con troppo scarsa problematicità

una positivizzazione comunque – che vede nel panico la possibile rivelazione del "*Dio naturale*", al culmine del percorso occidentale greco-cristiano, che nel potere razionale della Tecnica ha celebrato troppo unilateralmente l'ideale apollineo. In questo senso, la diffusione oggi della psicopatologia del panico o, detta con il linguaggio della mitologia, il costellarsi epocale della figura di Pan, definibile con Nietzsche "*unione di Dio e capro*", segnalerebbe in forma estrema o arcaicizzata il bisogno di un recupero della spontaneità naturale, specie nel campo della vita emozionale.

Per dirla con Orazio: «*naturam expellas furca, tamen usque recurret*».

## IX. La perdita della naturalità

Orlando, un giovane paziente di venticinque anni che soffre di Disturbo di panico, riferisce così una propria esperienza che qualifichiamo come dissociativa, senza che tuttavia possieda la radicalità di frattura tipica delle condizioni psicotiche:

> *Quando parlo con qualcuno mi distacco dall'altro; l'altro è come se passasse in second'ordine… È come se ascoltassi me stesso per controllare come parlo, per valutare se parlo bene o parlo male… Mi sento distante dal mio interlocutore, come se ci fosse della nebbia*.

Sembra di primo acchito paradossale affiancare una riflessione incentrata sul ritorno arcaico delle forze della natura in ambito psicopatologico, ad un'altra in cui invece sembra essere lo scacco dell'armonia con la naturalità esperienziale il problema psichico. Ma è ciò che l'esperienza clinica inequivocabilmente svela, a conferma che là dove non venga vissuta la spontaneità emotiva nel rapporto con se stessi e con gli altri, le emozioni diventano incontenibili.

Il paziente citato descrive una sorta di estraneità dall'altro e la comunicazione, da intersoggettiva, si fa intrasoggettiva. Dalla *inter*-locuzione, linguaggio che si costruisce nella relazionalità Io-altro, si passa alla *intra*-locuzione, che è linguaggio non declinato ma semplicemente esaminato nel suo abilitarsi: luogo di verifica delle capacità dell'Io.

C'è un sentimento di insicurezza alla base di queste esperienze di estraneità: non la radicale frattura del dialogo Io-mondo (la demondanizzazione psicotica) ma l'insicurezza dell'Io nel suo non potersi *naturaliter* radicare nella fiducia in se stesso. In questo caso, nel farsi corpo-che-parla "significando".

È una sorta di scollamento dal fondo della vita, quella che Jung (1921) chiamerebbe disgiunzione dell'Io dal Sé quale "*volume complessivo psichico*" che comprende l'Io e da cui l'Io stesso si origina e attinge senso ed energia. Ciò che induce ad un grande, compensatorio, lavorìo mentale che tenta di supplire al non poter essere spontanei, all'implicita sfiducia in se stessi.

Sono ancora parole di Orlando:

> *Vedo le stelle di notte, a me piace vedere le stelle, mi ha sempre dato fiducia e sicurezza. Ma ora non le percepisco con l'intensità di prima, è come se vedessi offuscato. E mi sembra di avere un problema di vista, perché percepisco una pressione alla radice del naso tra i due occhi. Capisco, anche per tutte le visite e gli esami fatti, di non avere nulla di organico, che la mia è ansia, ma a me viene da localizzare lì l'origine del disturbo!*

La chiave di lettura psicosomatica, di un trasferimento sul soma di un disagio psichico, presuppone la *Spaltung* cartesiana tra *res cogitans* e *res extensa*, e risponde all'esigenza di rinvenimento di una causa, forse per pacificare l'inquietudine del mistero di queste ambigue forme di sofferenza.

Il paziente percorre in realtà una pista ancor più unilaterale, quella della linearità eziologica propria delle discipline medico-naturalistiche. È in verità la pista inizialmente percorsa (spesso anche incoraggiata da parenti, amici e da molti stessi medici) dalla gran parte dei pazienti con Disturbo di panico, almeno fino a quando il paradigma tecnico-scientifico, cui non è estranea la stessa psicosomatica, incontra lo sbarramento invalicabile del non rinvenimento della causa. E il buon senso comune, ancor prima della psichiatria, non fa sentire di essere di fronte a personalità travolte dalla parabola della follia.

È qui che si pone l'esigenza di un altro modo di comprendere l'umano, che nell'esperienza del soffrire scompagina spesso il potere della scienza e le sue disarticolazioni reificanti, che sezionano l'uomo e il suo vivere per poterlo *in*-cludere in una teoria *pre*-supposta.

Il disturbo della visione, sensorialmente percepito, non è allora proiezione sul corpo-cosa (*Körper*) di un'inquietudine di quell'altra cosa che è la psiche, ma è modo di partecipare nella dimensione corporea al tentativo di abbraccio all'interezza della vita, la vita cosmicamente percepita. Abbraccio che, nel caso emblematico sopra citato, avviene con lo sguardo alle stelle, che non è mai solo atto-cosa ma atto-intenzione, comprensibile nel suo costituirsi simbolico dell'alludere ad un'ulteriorità di senso non interamente *con*-cludibile.

Lo sguardo all'alto-oltre rispetto alla terra, alla luce-altra rispetto all'oscurità del presente, è sguardo cercato per *pro*-durre "*fiducia e sicurezza*". È sguardo di *de*-siderio (da *de-sidera*, relativo alle stelle), di ricerca di una pienezza, di un nutrimento spirituale mutuato dalla natura. Di una riconciliazione, nella dimensione del corpo (*Leib*), con la natura nella sua veste di altezza e di ulteriorità rispetto all'*hic et nunc*.

Questo atteggiamento, suggestivamente, rimanda a espressioni di una religiosità naturale (storicamente antica, ma psicologicamente non eludibile) e, sulla scia delle riflessioni junghiane intorno all'alchimia, rimanda ad una comunanza uomo-natura che nel corpo trova il suo luogo rivelativo. Quella tensione all'*unus mundus* (dimensione unificante uomo e natura, fondamento per Jung (1956) di ogni esistenza empirica) che presuppone le *nozze alchemiche* della riunificazione tra mente e corpo.

Ebbene, i pazienti con Disturbo di panico non riescono a vivere pienamente questa esperienza, questa partecipazione al dinamismo della natura e questa conciliazione tra mente e corpo. E sentono tutto ciò come "perdita" di senso, come non pienezza del vivere. Le strade per "capire" indicate dalla scienza medica non portano a nulla, se non a formulazioni da cui gli stessi pazienti non si sentono rappresentati. Solo nel descrivere queste sensazioni e gli stati d'animo che le accompagnano, nel poter condividere in un'atmosfera psicoterapica "comprensiva" questo sentimento d'estraneità (esperienza di condivisione che ha spesso per loro del sorprendente, vista la paura della perdita della naturalità del vivere che li caratterizza e fa loro provar vergogna), questi pazienti avvertono il senso e la qualità della mancanza che li caratterizza. La mancanza, potremmo dire sulla scia delle riflessioni di La Forgia e Marozza (p. 21), di quella *conoscenza sensibile* segnata

> *dalla parentela profonda tra evidenza, intuizione e verità.*

O ancora, sulla scia della densa riflessione di Blankenburg e pur consapevoli del differente registro qualitativo là dove si parla di condizioni psicotiche, di attenuazione (più che di vera e propria perdita, come dall'Autore tedesco riferito alle psicosi) dell'*evidenza naturale*.

È un tema, questo del sentire immediato come modalità dell'esserci, come modalità conoscitiva che è modalità dell'esserci nel linguaggio dell'analitica esistenziale, che ha addentellati con l'attuale Spirito del tempo. Cioè con l'affermarsi culturale del conoscere scientifico che non implica il "sentire emotivo" e che riduce l'atto conoscitivo alla codifica *per causas* delle basilari impressioni sensoriali. Ma anche con l'*habitus* del conoscere tecnologico, di quel conoscere per immagini *tele*-visive o

*tele*-matiche, in cui il *tele* della visione non comporta (non necessita) la partecipazione diretta, quella vicinanza vissuta in cui vedere e "sentire" si intrecciano e si arricchiscono.

## X. Cultura del "pezzo" e crisi del simbolico

Quando il percorso analitico, o comunque psicoterapico, cerca di condurre il paziente con Disturbo di panico a simbolizzare il proprio disagio, considerando i sintomi cifre significative di un più globale orientamento psicologico ed esistenziale, correlato con una storia personale, si incontrano spesso difficoltà. Anche là dove è stata superata la pretesa riduttivistica (che in genere precede la domanda psicoterapeutica) di medicalizzare i sintomi.

Sono ancora frasi di Marcello:

> *Sì, sono d'accordo, queste difficoltà c'erano forse anche prima della crisi, possono anche trovare delle spiegazioni nel rapporto con mio padre e con mia madre, ma adesso è un'altra cosa. Il problema è che non sto bene, che questa cosa non mi passa! Se non mi fosse capitata questa disgrazia io ero un altro… E questo mi fa venire rabbia, perché non è dipeso da me!*

Siamo di fronte a quella che chiameremo *cultura del pezzo*. La gran parte dei pazienti, riferendosi all'esperienza del panico, dice: mi è "*capitata*" questa cosa. La "*cosa*" non viene pressoché mai, spontaneamente, correlata alla propria personalità, alla propria storia di vita, al proprio modo di vivere le esperienze relazionali. C'è una sorta di stolidità emotiva, del tutto contrastante con la sfera cognitiva spesso capace di brillanti prestazioni.

Scriveva Nietzsche ne *La nascita della tragedia* (tr. it., p. 168):

> *L'uomo teoretico non vuole più niente interamente, interamente anche con tutta la naturale crudeltà delle cose.*

Ma chi è per Nietzsche l'uomo teoretico? È l'uomo occidentale nella sua ricapitolazione del percorso apollineo che, forse, voleva proprio congedare l'uomo dalla paura panica della natura e del corpo. L'esito, esplicitato dall'esperienza del panico, è lo scacco del senso tragico del vivere, cioè della capacità di tenere insieme unità e smarrimento, controllo ed esperienza dell'ignoto.

La cultura del "pezzo" si fa allora risposta al globale travolgente; è la circoscrizione difensiva che vuole *tra*-durre (nel senso letterale di trasportare da una lingua in un'altra) la tragedia in sintomo clinico.

È qui in evidenza, detto in altro modo, la difficoltà ad accedere al *simbolico*, cioè a quell'apertura di senso che consente al "pezzo" di alludere all'intero. Nel nostro caso, che consente al sintomo di alludere ad un più globale senso del vivere.

Un esempio tipico è la paura di *s*-venire, interpretabile in chiave simbolica come timore di fronte alla vita, come possibilità della *caduta*, quindi della miseria umana di fronte alla grandezza delle scelte o delle situazioni. Evento iniziatico che permetterebbe la storia grazie al confronto con il male nella sua accezione di limite. Iniziazione che però nel soggetto che patisce il panico manca e si vuol escludere. Per cui la caduta è rappresentabile solo nella sua concretezza somatica, nel suo accadere fisico. Per dirla con Jung, qui il sintomo si chiude nella sua portata "segnica", senza aprirsi ad una vera e propria dimensione "simbolica" (1921).

Lo smarrimento del simbolico è più in generale una caratteristica della cultura contemporanea, specie in ambito giovanile, ed è l'inevitabile implicazione del vivere il tempo come presente chiuso, privo di orizzonti alludibili o di ricordi interiorizzabili, che nel simbolo trovano invece la loro casa dove poter vivere insieme.

## XI. Costellazioni familiari mute

Anche parlando più direttamente della complessità dei modelli familiari non intendiamo compiere un'indagine causalistica, ma visitare i luoghi storico-esperienziali in cui sono cresciuti i pazienti (in particolare ci riferiamo a quelli in età giovanile) con Disturbo di panico. È un discorso che ci sembra particolarmente significativo per il taglio del presente lavoro, che vuol sondare il nesso tra psicopatologia e *Zeitgeist*. I nuclei familiari dei pazienti di cui qui parliamo sono infatti emblematici di quella che è la famiglia della società postmoderna, degli aspetti psicologici che la contraddistinguono, delle istanze più differenziate e meno differenziate che in essa si esprimono. Tutti elementi non disgiungibili dalla parabola psicologica ed esistenziale dei soggetti che patiscono il panico, vale a dire di quei soggetti per i quali l'angoscia, la paura, il confronto con il male, da inevitabili vicende esistenziali si trasformano in condizione psicopatologica.

Una madre non contenitiva e un padre non iniziatico sembrano costituire la costellazione fondamentale, al di là di tutte le varianti. Una ma-

dre "secca", a volte ipocondriaca, quindi impegnata a salvaguardare concretisticamente un corpo non relazionabile, o comunque poco disponibile emotivamente perché occupata dai propri fronti personali. E un padre magari più disponibile a fornire garanzie ma incapace di "iniziare" il figlio.

Oppure (è il secondo scenario) il quadro comprende coppie genitoriali caotiche, più che autenticamente conflittuali. Coppie dall'esplosività improvvisa, fautrici di un clima di allarme che non tiene conto dei figli. Spesso, queste ultime sono le situazioni di provenienza di quei ragazzi che prima della crisi di panico, magari anche solo per un breve periodo, fanno ricorso all'uso di sostanze stupefacenti, senza che però si strutturi una vera e propria tossicodipendenza. Una sorta, si direbbe, d'inconsapevole anestesia per coprire i fallimentari tentativi iniziatici.

Ma la coppia genitoriale, comunque, anche nel secondo caso, sembra più che altro preoccupata (certo, inconsciamente) di autosorreggersi e di stabilizzarsi, con una reciproca dipendenza dei due membri. Per lo più *a*-conflittuale, anche là dove le emozioni sono massicciamente evacuate ma senza una vera e propria *inter*-locuzione. Paradossalmente, anche là dove magari si giunge ad una scelta di separazione coniugale. In queste tipologie familiari, il figlio o la figlia percepiscono poco la differenza tra i genitori; essi si presentano come un tutt'uno, quasi *s*-favorendo valutazioni differenziate, distinzioni tra un buono e un cattivo, tra il bene e il male, tra distanza e vicinanza, tra maschile e femminile.

Sono quelle coppie genitoriali che A. Ferro (p. 19), a partire da premesse bioniane, qualifica come dotate di

> *insufficiente robustezza del contenitore, che stabiliscono con i figli rapporti pacificati di tipo omosessuale femminile ♀♀ che lasciano splittati fuori ipercontenuti emotivi ♂.*

Contenuti emotivi che un domani possono irrompere (*ivi*, p. 132),

> *magari come sintomi o tsunami emotivi.*

Nel linguaggio junghiano, per certi versi convergente con quello bioniano di Ferro, potremmo dire che là dove l'alfabeto emotivo è precario e non si costruiscono comunicazioni emotivamente significative oppure, detto in altro modo ancora, là dove emozioni quali la paura, la gioia, il dolore non sono familiarizzabili nel patimento (letteralmente: "sentire intenso", che comporta anche il subire), come in tante famiglie postmoderne accade, queste stesse emozioni non scompaiono, ma si rifu-

giano nell'ombra fino a quando, dovendosi vivere in campo aperto, come belve selvagge fanno irruzione. La familiarità con la quiete emozionale favorirà allora la ricerca di argini all'ansia mediante l'"anticipo" del futuro, permettendo l'entrata in scena della paura alternativamente all'ansia.

Famiglie dunque incapaci d'"iniziare" i figli, dove l'iniziazione comporta la capacità di vivere, contenendole, quelle emozioni che segnano la trasformazione fisica, intellettiva e sociale. Ma famiglie altresì che, paradossalmente, non riescono a passare ad altri istituti sociali il testimone educativo, rimanendo a lungo riferimento abitativo e relazionale, in un continuo alternarsi di aspettative e disillusioni che nel giovane spesso fungono da agenti paralizzanti.

Come se, là dove non abbia compimento una vera esperienza di dipendenza emotiva, non riesca a decollare neppure l'indipendenza emotiva e la progettualità verso il nuovo.

Sembra essere, questa, la costellazione familiare più rappresentativa della cultura del tempo, specie in riferimento a famiglie che mirano all'assenza di conflitti più che alla loro risoluzione, e a genitori che non sanno farsi carico emotivamente dei figli.

## XII. Con un'umile trascuratezza…

Visitare la psicopatologia del panico oggi significa, tra le altre cose, calarsi in un luogo conoscitivo tra i più originali e i più forieri di notizie sulla cultura del tempo in cui viviamo. Una visita che consente di sfatare alcuni luoghi comuni di superficie e di cogliere con spietata profondità, tramite la peculiarità che è propria del sapere psicologico, i modi con cui l'uomo contemporaneo vive il tempo, l'angoscia, la paura, il rapporto tra il bene e il male, la spontaneità relazionale e conoscitiva. E, in special modo, i loro aspetti *ombra*, presenti ma rimossi o, forse ancor più spesso, negati.

Modi, riecheggiando il linguaggio ermeneutico di Luigi Pareyson, che *"rivelano"* un fondo veritativo sempre inesauribile e trascendente il tempo storico in cui si manifestano, ma che al contempo *"esprimono"* una prospettiva storica particolare entro la quale, solamente e inseparabilmente, tale fondo di verità si offre e si apre.

L'affascinante visita mostra però subito l'insufficienza di ogni psicologia o psichiatria naturalistiche, dove trovano la loro collocazione concettuale fasi, assetti, difese o evidenze empiriche, nel loro *a*-storico *pre*-scindere dallo *Zeit-geist*. Ci riferiamo sia a quegli indirizzi conoscitivi radicati nel "*bio*-logico" (oggi espressi soprattutto dalle neuro-

scienze) e sviluppatisi nel solco del pensiero causalistico, sia a quegli indirizzi che necessitano dello stralcio dei sintomi clinici dalla storia di vita (come le cosiddette psicoterapie "tecniche", quali il comportamentismo e il cognitivismo) e che, negandone la valenza simbolica, si collocano al di fuori della decifrazione del senso.

Ma ci riferiamo altresì al metodo adottato dalla più ortodossa cultura analitica, mosso da una necessità spiegazionista e declinato nella sospettosità. Quella che si ha nei confronti di un volto mascherato che si ritiene coprire, per una sorta di compromesso con il mondo, la vera essenza del disagio. Uno sguardo, quello psicoanalitico, che per *inter*-loquire con la psicopatologia la deve prima *tra*-durre (da *trans-ducĕre*, condurre altrove) in una lingua nota all'osservatore che, sola, sarebbe in grado di rappresentare il disagio *sotto*-stante.

La visita disincantata e fedele alla psicopatologia esigerà invece l'adozione di un sapere-guida psicologico e psichiatrico capace di essere aperto e plasmato dalla cultura, per poter leggere le strutturazioni di personalità (cliniche e non) alla luce di una dinamica *dia*-logicità tra natura e cultura, ben lontani da una contropolare unilateralità che faccia discendere linearmente la psicopatologia dalla cultura. Perché il patire psicologico è un patire ambiguo, al contempo *rivelativo* ed *espressivo*. Per questo abbiamo voluto visitare la psicopatologia del panico osservandola "così come essa si manifesta" e "per ciò che essa mostra", confrontandoci con i modi e i contenuti con cui essa ci parla. Non abbiamo voluto tradurla in una lingua "nostra", ma *inter*-pretarla. Coglierne cioè il valore (*pretium*) nell'atto stesso di relazionarci con essa (*inter*). È questo lo sguardo coltivato dalla feconda tradizione della Fenomenologia che più l'ha tematizzato, ma ci sembra essere altresì lo sguardo adottato dalla Psicologia Analitica, soprattutto nella sua presa di distanza dal riduzionismo interpretativo freudiano.

Un sapere, quello richiesto, complesso e coraggioso. Capace di compiere, per dirla con Jung (1957; tr. it., p. 107), un necessario

> *delitto di lesa maestà, quello cioè di trascurare la conoscenza scientifica.*

Un atto di trascuratezza forse poco plaudibile dalla cultura dell'immediatezza e dell'onnipotenza, ma certamente in grado di raggiungere una più piena, umile, consapevolmente parziale, comprensione dell'uomo vivente.

## BIBLIOGRAFIA

Benasayag M., Schmit G.: *L'epoca delle passioni tristi*. Feltrinelli, Milano, 2004
Binswanger L.: *Per un'antropologia fenomenologica* (1947). Feltrinelli, Milano, 1989
Blankenburg W.: *La perdita dell'evidenza naturale* (1971). Raffaello Cortina, Milano, 1998
Borgna E.: *Le figure dell'ansia*. Feltrinelli, Milano, 1997
… : *L'attesa e la speranza*. Feltrinelli, Milano, 2005
DSM-IV-TR. Masson, Milano, 2001
Ferro A.: *Evitare le emozioni, vivere le emozioni*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007
Freud S.: *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"* (1894), in *Opere*, II. Boringhieri, Torino, 1968
… : *Il perturbante* (1919), in *Opere*, IX. Boringhieri, Torino, 1977
Heidegger M.: *Essere e tempo* (1927). Longanesi, Milano, 1971
Hillman J.: *Saggio su Pan*. Adelphi, Milano, 1977
Husserl E.: *Meditazioni cartesiane*. Bompiani, Milano, 1960
Jaspers K.: *Psicopatologia generale* (1913). Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964
Jung C.G.: *Saggio di esposizione della teoria psicoanalitica* (1913), in *Opere*, IV. Boringhieri, Torino, 1973
… : *Tipi psicologici* (1921), in *Opere*, VI. Boringhieri, Torino, 1969
… : *Il significato della psicologia per i tempi moderni* (1934), in *Opere*, X. Boringhieri, Torino, 1985
… : *Psicologia dell'inconscio* (1943), in *Opere*, VII. Boringhieri, Torino, 1983
… : *Saggio d'interpretazione psicologica del dogma della Trinità* (1948), in *Opere*, XI. Boringhieri, Torino, 1979
… : *Mysterium coniunctionis* (1956), in *Opere*, XIV. Boringhieri, Torino, 1990
… : *Presente e futuro* (1957), in *Opere*, X. Boringhieri, Torino, 1986
La Forgia M., Marozza M.I.: *Le radici del comprendere*. Fioriti Editore, Roma, 2005
Meltzer D., Harris Williams M.: *Amore e timore della bellezza*. Borla, Roma, 1989
Minkowski E.: *Il tempo vissuto* (1933). Einaudi, Torino, 1971
Nietzsche F.: *La nascita della tragedia* (1871), in *Opere*, I. Newton, Roma, 1993
Orazio Q.F.: *Epistole*. Rizzoli, Milano, 2000
Pareyson L.: *Verità e interpretazione*. Mursia, Milano, 1971
Tellenbach H.: *Melancolia* (1961). Il Pensiero Scientifico, Roma, 1975

Dr. Enrico Ferrari
Via Perazzi, 22
I-28100 Novara

# *REPULSION* OVVERO DELLA METAMORFOSI DEL PATICO E DEL PRATICO NEL MONDO DI CAROL LEDOUX. UNA RIFLESSIONE ANALITICO-FENOMENOLOGICA SU UN FILM DI ROMAN POLANSKI*

A. FUSILLI
M. ROSSI MONTI

Carol: *Helen, bisognerà aggiustare quella crepa.*
Helen: *Cosa?*

*Repulsion*

Il grave ed essenziale sospingersi del ritmo di un tamburo scandisce il nostro essere-di-fronte all'iride di un occhio, al momento in cui una scritta, esasperata dalla cianotica fluorescenza del suo bianco colore e dall'eterodosso appalesarsi da destra verso sinistra[1], recita: *Repulsion*.

Il rapporto di magnificazione del dettaglio che l'inquadratura ci consente d'intrattenere con quest'occhio è intrigante e terribile ad un tempo: immediatamente si dà a noi nella sua immanenza l'opportunità di scrutare uno sguardo, spiarne espressioni e movimenti, scorgerne manifestazioni di umanità, disvelarne il mistero dell'identità e la peculiarità dell'intenzione. Un movimento di ossessivo avvicinamento giunge a sorprendere le microscopiche unicità anatomiche di quest'occhio: i

* R. Polansky: *Repulsion*, con C. Deneuve. GB, 104', 1965.

[1] «Tale direzione è naturalmente contraria a quella della percezione occidentale, che predilige muoversi verso destra. Pensiamo alla scrittura, ma anche alle panoramiche descrittive del cinema classico. Se Buňuel voleva distruggere l'ordine della visione borghese, Polanski ci anticipa soltanto l'ingresso in un regime di sguardo quanto meno anomalo» (Scandola).

pigmenti della pupilla, l'umidità della sclera, la chiaroscuralità delle arcate cigliari.

L'uomo, l'uomo-nel-mondo è gettato al senso, fa i conti col senso, è condannato ad esso (Wittgenstein). Questo è un occhio che ha già trasceso se stesso a oggetto d'esperienza che stentiamo a sensificare. A ben guardare, quest'occhio non accenna al movimento, il cristallino sembra non compiere affatto il processo di accomodazione: in questo microcosmo vige un'ambigua anestesia. Quasi al pari di un fisiologico riflesso monosinaptico, l'umana necessità dell'attribuzione di significato e della costituzione di senso attiva un processo ermeneutico. È possibile rintracciare un'espressione in quest'occhio? È un occhio triste o intento? È un occhio raggelato dalla paura? È un occhio alla mercé dello sguardo dell'Altro? È un occhio che ha da comunicare o che implode nel suo stesso campo fenomenico-esistenziale? A chi appartiene quest'occhio? È l'occhio di una persona a me familiare? E, *dulcis in fundo*, quest'occhio è forse il *mio* occhio?

Per sentirci più vicini a quest'occhio, per riportarlo dallo statuto antropologico di *Alienus* e quello di *Alter*, avremmo bisogno di vedere l'intero volto. Allargare l'inquadratura è l'azione cinematografica che Roman Polanski[2] mette in atto: il regista nel corso del film avrà modo di riproporre con la cinepresa questa diatesi di distanziamento-avvicinamento, tramare un sottile e complesso gioco di inquadrature ek-centriche, architettare una geometria di dettagli torturati nella loro solitudine e deprivati della loro *Gestalt*.

Il volto in questione è di Carol Ledoux (Catherine Deneuve). Giovane belga che abita con la sorella nella Londra degli anni Sessanta e che lavora come *manicure* in un salone di bellezza. La trama del film si snoda nel tempo in un arco di circa venti giorni e coinvolge tre personaggi fondamentali: Helen, la sorella maggiore di Carol, Michael, il suo uomo, e Colin, un corteggiatore di Carol. La quieta e tragica fine della storia, che culminerà in un duplice omicidio, è insieme uno stenico tentativo di salvazione quanto l'epilogo di un percorso di patologia che si tenterà qui di ripercorrere.

Le strutture registiche, di sceneggiatura e di montaggio porgono dinanzi agli occhi dello spettatore, di colui che sta appassionandosi alla

[2] Roman Polanski, nasce a Parigi nel 1933 da genitori polacchi. Tra i suoi cortometraggi si ricordano *Due uomini e un armadio* (1958), *La caduta degli angeli* (1959), *Le gros et le maigre* (1961), *I mammiferi* (1962). Dopo *Il coltello nell'acqua* del 1962, dirige nel 1965 *Repulsion*, il suo secondo lungometraggio, «quasi la radiografia della fenomenologia schizoide di una donna, che gioca con i canoni del thriller, infiltrati però di sottille ironia e sulfurea comicità» (Canova).

storia-di-vita di Carol, un gioco di movimento dentro/fuori[3] che si situa a un livello fenomenico e a un livello simbolico: l'appartamento le cui mura "vedono" svolgersi gran parte della vicenda di Carol sono l'endoscheletro di una vita, sono lo zaino-marsupio entro cui la Carol custodisce e si prende cura della propria vulnerabilità (pur senza curarla); sono parte della mediazione psicoreattiva[4] che la persona attiva – più o meno intenzionalmente – a partire dalla già-sempre-possibile natura omeostatica della psiche. D'altro canto, oltre la porta dell'appartamento, incombe il mondo-là-fuori, lo spazio nel quale l'orientamento può vacillare nel senso dello spaesamento, della precarietà e del dubbio, della messa in discussione della propria familiare maniera di stare-al-mondo; è lo spazio portatore del già-sempre-di-nuovo che l'esistenza ha da contemplare nei modi dialettici di attività-passività, ineffabilità-comunicabilità, esperibilità-comprensibilità, soggettività-oggettività.

La dimensione della propria *oikia* – il mondo interno e privato – e la dimensione dell'*agorà* – il mondo comune, la "piazza" in seno alla quale la comunità fonda se stessa – sono i due volti complementari del medesimo abitare-il-mondo.

Come nel dipinto di Magritte, agglomerati di pietra sospesi nel tiepido e accennato azzurro di un cielo dominano la scena della vita quotidiana di Carol. Laddove la sua vita professionale è allestita all'interno del salone di bellezza di proprietà di Madame Denise, la sua vita personale si ritrova e raccoglie invece all'interno delle mura dell'appartamento 15. Un appartamento al centro di Londra che condivide con la sorella Helen. Tali dimensioni – monadiche solo in superficie – possono essere dischiuse e ricollocate all'interno di una visione olistico-panoramica che getta luce sul senso della verità narrativa.

Il rapporto rispetto agli *esistenziali* "altro" e "mondo" (con particolare riferimento in quest'ultimo alla trasformazione dell'oggettualità) è esemplificativo in Carol dello scivolamento patologico verso un'intersoggettività depauperata e un mondo impraticabile. L'espe-

[3] La dialettica spazio interno/spazio esterno caratterizza l'esistenza di Carol Ledoux, che sembra fuggire dal mondo esterno per trovare rifugio all'interno delle mura di casa. Quella del dentro-fuori è una delle tematiche fondamentali del cinema di Polanski: paradigmatico esempio ne sono *Cul de Sac* (1966) e *Rosemary's Baby* (1968) (cfr. Rulli, introduzione a *Repulsion*, ed. 2004).

[4] «[...] il principio della *mediazione*, in accordo al quale il vertice della persona è il principio organizzatore delle transizioni e delle progressioni riscontrate sul piano sintomatologico». Per un approfondimento circa il tema del principio dialettico persona-vulnerabilità, si rimanda a Stanghellini (1997).

rienza soggettiva di ciò che appare nella prospettiva di prima persona e la ricostruzione del relativo mondo interno, sono premesse fondamentali al discorso intorno alle condizioni di possibilità che porteranno Carol a compiere il tragico atto finale. Coscienza fenomenica (di un oggetto, del "mondo" *tout court*) e coscienza di sé si co-implicano, dal momento che essere coscienti di un oggetto è tutt'uno con l'essere coscienti di sé rivolti a quell'oggetto (Metzinger, 2003; Smith, 2004): essendo l'io e il mondo due facce della medesima medaglia, via via che Carol subisce le mareggiate dell'estraneità, si palesano a lei delle nuove, "altre", sembianze dell'altro e del mondo[5].

«Non si "sente" più, ma neppure più ci si sente» afferma Mistura nell'*Introduzione* a *La schizofrenia* di Minkowski, e proprio a questo livello di narcosi e metamorfosi dell'orientamento patico e pratico si situa il piano di riflessione psicopatologico.

## I. CAROL: L'ALTERITÀ

*Il tu mi incontra. Ma io entro con lui nella relazione immediata.*
*Così la relazione è al tempo stesso essere scelti e scegliere,*
*patire e agire.*
Buber M., *Il principio dialogico e altri saggi*

Quali siano i modi del manifestarsi della presenza di Carol nella sua declinazione con l'intersoggettività e l'alterità? Il mondo intersoggettivo di Carol sembra essere segnato da una crisi della fisiologica dialettica lontananza-vicinanza.

Da una parte, le figure dell'Alterità che popolano le sue giornate sono vissute ad un *quid* di distanza-distacco: una sorta di anestesia, di torpore sta tra Carol e i suoi movimenti, tra Carol e i suoi dialoghi, tra Carol e i suoi interlocutori. Una blanda depersonalizzazione allopsichica o derealizzazione[6] bagna l'esistenza della giovane donna dalla

[5] Puntualizza Scharfetter a proposito della depersonalizzazione: «Ponendo domande adeguate si rileva che all'estraniazione da Sé (depersonalizzazione) corrisponde l'estraniazione dalle persone e dalle cose (derealizzazione) anche se inizialmente o l'uno o l'altro dei fenomeni appare più evidente».

[6] Jaspers inserisce i fenomeni di depersonalizzazione all'interno de *La Coscienza dell'Io* e, in particolare, nel primo carattere formale di questa, vale a dire l'Attività dell'Io: «In tutta la vita psichica viene vissuta una incomparabile attività originaria. Il fatto che lo psichico, sia esso percezione, sensazione del corpo,

peculiare bellezza, dipingendola trasognata, assente, tra le nuvole. Un autentico *pathos* d'amicizia verso la sua collega, l'efficienza propria della sua attività professionale di *manicure*, l'accoglimento del rituale del corteggiamento e la potenziale relazione sentimentale da costruire e di cui godere con Colin, il rapporto d'amore sororale con Helen: tutte possibilità giusto un po' più lontane di quanto non debbano per essere acciuffate, comprese, integrate nel proprio commercio di mondo.

Dall'altra, tutto è troppo vicino: se la minaccia non viene tenuta lontana, fuori dalla porta, le entra dentro, la corrompe e stravolge, la deve annientare. L'alternativa è radicale: espellerla o viceversa esserne corrotta e contaminata distruttivamente.

Guardando il film non sapremmo ancora qual è il problema di Carol. Diremmo certamente che c'è qualcosa che non va e forse ci sentiremmo in sintonia con quanto dice l'uomo di Helen[7]:

> *Non vado molto a genio a Cenerentola.*
> Helen: *Cenerentola?*
> *La tua sorellina.*
> Helen: *Ah, che t'importa! Beh, mi ci porterai a vedere la Torre di* [*Pisa?*
> *È un po' strana, se non sbaglio.*
> Helen: *No, è un temperamento sensibile.*
> *Inventane un'altra. Le serve un dottore.*
> Helen: *Che vuoi dire?*
> *Niente, per carità.*

Non è un caso che sia una delle fondamentali figure maschili del film a presentarci e a tematizzare Carol nella sua apparente "stranezza". I personaggi maschili, ma il mondo del maschile *latu sensu*, rappresentano la cifra della perniciosità, della contagiosità di un morbo che potrebbe attraversare la frontiera di una disperata e tragica illibatezza. Il maschio ed il maschile, quale rimando alla tacita immanenza della sessualità, sono insidie continuamente in agguato: incarnano e realizzano la mi-

---

ricordo, rappresentazione, pensiero, sentimento, acquisti questo speciale tono del "mio", dell'"Io", del "personale", del proprio operare, si chiama personalizzazione. Se ho la coscienza che questi elementi psichici non siano i miei, che mi siano estranei, che siano automatici, che siano indipendenti e provengano da qualche altra parte, questi fenomeni si chiamano "fenomeni di depersonalizzazione"». La qualità dell'estraneità che investe tali fenomeni riguarda nella derealizzazione il mondo esterno. Nella dizione di Scharfetter: «L'ambiente appare irreale, nebuloso, estraneo e inconsueto».

[7] Le citazioni sono fedeli al doppiaggio italiano del film.

naccia che incombe nel mondo-là-fuori: i muratori per strada godono della passeggiata che lei fa per andare al lavoro come di un raro spettacolo, la guardano, la scrutano sogghignando e infine la apostrofano: «Ciao, bionda. Vieni a prendermi quando smonto?»; Colin prova timidamente a corteggiarla, la approccia con dolcezza e pacatezza ma, perfino lui, nella sua voglia di rimanere solo con lei per baciarla, le ricorda di avere un corpo «oggetto per l'altro e al tempo stesso soggetto per me [per lei]» (Merleau-Ponty).

Ma colui che *in primis* si fa interprete d'un attacco al lindo mondo di Carol è Michael, l'uomo della sorella Helen: lui, il corpo estraneo che compare impunemente alla porta delle sorelle Ledoux, che di notte fa gemere di godimento Helen, che la porta via da Carol, che violenta ogni cautelare prossemica, che invade l'intimità del bagno lasciando i propri mascolini effetti personali. Lui costituisce l'appalesarsi della minacciosità e della repulsività nel modo di una contaminazione di natura sessuale. È rispetto alla sua presenza che Carol si trova a fronteggiare l'inquietante straniero: «la sessualità non è né trascesa nella vita umana, né raffigurata nel suo centro da rappresentazioni inconscie: vi è costantemente presente come un'atmosfera» (Merleau-Ponty). Ma repulsione è il contrario di attrazione: e se gli oggetti del maschio di Helen repellono, allo stesso modo attraggono. Così Carol annusa un indumento trovato per terra in bagno, fino ad affondarci dentro il viso per cogliere l'odore della sessualità; guarda il letto sfatto dove la sorella ha amato il suo uomo, ascolta spaventata ma anche attratta i rumori dei loro amplessi. Che cosa le repelle? La sessualità della sorella o invece sentire animarsi dentro di lei la sua sessualità? Come se la repulsione fosse il segnale di una presa di contatto con un ambito molto problematico della propria vita e della propria identità che urge riconsiderare: il rapporto con un uomo, con gli uomini in generale, con la rappresentazione che lei ha dentro di sé dell'uomo, con la rappresentazione che lei ha dentro di sé del suo primo uomo: suo padre. Un ambito della sua vita rispetto al quale non le è possibile collocarsi alla giusta distanza.

La sessualità e una marcata turbativa nei riguardi di tale emblematica tappa dello sviluppo personale, appaiono essere il *leitmotiv* che corre lungo il *fil rouge* della storia di *Repulsion*. Per quanto attiene alle figure femminili, esse riescono ad essere vicine a Carol in un modo meno pericoloso ma nondimeno con una pronunciata ambivalenza: il femminile da una parte è rassicurante ma, dall'altra – ambiguo – il tema della relazione sentimentale-sessuale è sempre

presente. Bridget[8], amica e collega di Carol, si confida con lei in un momento di pausa dal lavoro: «Maledetti uomini. Ti promettono mari e monti e poi ... Mi butterei nel fiume. Credevo che lui fosse diverso. [...] Invece è un porco anche lui, nient'altro. Dopo ti racconterò quello che mi ha fatto. Ma perché sono così schifosi?».

Le borghesi e pittoresche signore clienti del salone di bellezza sono da una parte progressivamente deumanizzate, colte nel loro giacere come cadaveri al trucco denudati della loro umana quotidianeità e immortalate nella loro prototipicità e caricaturalità, rotte e parzializzate nel dettaglio delle loro unghie o del loro viso; dall'altra, esse fanno da controcanto di realtà rispetto alla presenza eterea ed evanescente di Carol: «Si è addormentata, cara? Lei è innamorata, scommetto»; Madame Denise, proprietaria del salone e matrona forte e gentile, si pone in una maniera materna nei confronti di Carol, la consiglia nel merito del lavoro e le concede una giornata di riposo quando ne avrà bisogno; la sorella Helen, forse l'unico saldo punto di riferimento di Carol, diviene ora la sua più grande nemica.

Il tema della partenza di Helen ricorre fin dalla prima mezz'ora del film. Lo spettatore familiarizza con una Carol impensierita e impaurita dall'imminente partenza della sorella, con una Carol che la prega di rimanere in toni nitidamente infantili:

Helen: *Come va il lavoro?*
Carol: *Bene.*
Helen: *Fa caldo oggi.*
Carol: *Sei decisa a partire?*
Helen: *Carol, per favore non ricominciamo.*
Carol: *Quanto tempo starai via?*
Helen: *Te l'ho detto...*
Carol: *Due settimane? Dimmi quanto...*
Helen: *Dieci o dodici giorni.*
Carol: *Al massimo, vero?*

Helen sembra rivestire per Carol un ruolo di garante: la sua presenza quantomai fisica e di contiguità presiede ad un equilibrio, al fluire dei giorni. È lei che prepara la colazione, è lei che prepara i contanti per l'affitto da dare al padrone di casa, è lei che chiede a Carol come è andata la giornata, è lei che cerca di contenere il "temperamento sensibile" della sorella. Ma il fronte non tiene e qualcosa di orrendo fa

[8] Il doppiaggio italiano del film ha mutato il nome della collega e amica di Carol da Bridget in Betsie. Tuttavia, il nome Bridget permane nei sottotitoli italiani.

irruzione nella vita di Carol: la sua storia si potrebbe descrivere come l'apertura di una voragine che si apre quando la sorella si allontana da lei, quando la lascia sola.

## II. CAROL: IL MONDO E L'OGGETTUALITÀ

> *Pur nella varietà delle loro espressioni questi malati esprimono lo straniarsi di sé a sé, la perdita di sé come potenza oggettivante e del mondo come risultato dell'oggettivazione. D'altra parte gli oggetti che "non stanno in sé", ma vanno oltre in modo irrelativo, riflettono e denunziano il perdersi della presenza che non riesce ad andar oltre le situazioni, e a gettarle davanti a sé, per entro un determinato valore operativo. Col venir meno della stessa funzione oggettivante gli oggetti entrano in un rischioso travaglio di limiti,* [...] *gli oggetti che non stanno in limiti oggettivi sono avvertiti qui come forze in grado di scaricarsi, come oscure tensioni spianti la più piccola occasione per frantumare le barriere che li trattengono, e per fondersi e confondersi in caotiche coinonie.*
>
> De Martino E., *Morte e pianto rituale nel mondo antico*[9]

La possibilità di avvicinare il mondo, di rendere le sue regioni a me prossime, risiede nella sua utilizzabilità. In altre parole, l'oggetto che mi è vicino abbastanza da poterlo abbracciare ed imbracciare è quello di cui prevedo e pondero la funzione, quello che si installerà nel mio progetto pragmatico-esistenziale regalandomi una possibilità (di azione, ad esempio). Se «in ogni utilizzabile il mondo è già sempre "qui"» (Heidegger), gli oggetti che vi dimorano sono i segni della appagatività e del possibile propri della persona che li afferra e che perciò li "comprende", prendendoli-insieme cioè all'interno della loro G*estalt* di significatività.

La posizione esistenziale-ontologica dell'abitare lo spazio del mondo si caratterizza nondimeno per la possibilità che mi viene già sempre data di non "prestare attenzione" a ciascuna sua componente. Il carattere della "scontatezza" è relativo alla prevedibilità e all'attendibilità: un'esperienza scontata è anche conforme alle previsioni, è attendibile. La quotidianeità tutta ha luogo sullo sfondo del campo del non-problematico, dal momento che in una singola azione giace un

[9] Si ringrazia la dr.ssa Raffaella Ciglia per il suggerimento bibliografico.

insieme di esperienze attese relativamente alle quali la persona non compie alcuna ulteriore "indagine". L'indagine – quale movimento riflessivo e tematico per antonomasia – segna peculiarmente il passaggio di "stacco" dalla non-problematicità all'ambito della problematicità, che è prossimo a quello del dubbio, dell'incertezza, della messa in discussione. Una porzione di mondo ha da essere – secondo una frase idiomatica di senso comune – "fuori da ogni dubbio": devo potermi aspettare il mondo, il nostro stare-al-mondo deve giacere nella sfera dell'abitualità.

Il campo del non-problematico è un fondamentale di ogni condizione del possibile dell'esperienza[10]: la tacita aspettativa che nutro nei confronti dell'ambiente è quella della familiarità, una certa quantità di oggetti che popolano la *Lebenswelt* in cui mi trovo deve poter essere da me data per scontata; la persona che fa esperienza del mondo che abita deve avere la possibilità di non prestare attenzione a parte di esso. Una porzione significativa delle eterogenee contingenze spazio-temporali – nelle quali mi situo e nei confronti delle quali prendo posizione – deve poter cadere nella categoria dell'abitualità, in cui l'aspettativa del mondo non viene spiazzata. Tale *taken-for-grantedness* percettivo-esperienziale mi permette di scegliere intenzionalmente di quali nuclei tematici occuparmi.

«Per mezzo del mio corpo, come potenza di un certo numero di azioni familiari, posso quindi installarmi nel mio mondo circostante come insieme di *manipulanda*» (Merleau-Ponty): è sempre nel *framing* del senso comune[11] che le cose del mondo che possono essere manipolate, utilizzate dunque in ragione della mia *praxis*, hanno da esistere.

Nel conservare la sua intrinseca "fisiologia", nel suo poter essere utilizzata e dunque compresa, tale architettura dell'oggettualità non congeda mai il suo significato di senso comune, non trascende il suo

[10] Secondo l'Husserl delle *Idee* ed anche delle *Meditazioni Cartesiane*, la sfera dell'"antepredicativo" è la sede degli *Erlebnisse* (processi soggettivi della coscienza tra cui le *interpretazioni antepredicative*) che hanno luogo senza che sia necessaria la presenza dell'Io o che l'Io svolga alcuna attività.

[11] «Il mondo sociale è stabilito da un *ordine interpretativo* valido per ogni individuo appartenente a uno specifico contesto culturale. Ogni persona riceve e partecipa a questo *ordine interpretativo* spontaneamente, intuitivamente e in maniera ante-predicativa (non-riflessiva). [...] Il mondo sociale si presenta come una costruzione, fatta di significati convenzionali e arbitrari, costruita sull'orlo del grande abisso del dubbio che la realtà *non* sia come normalmente è rappresentata. Il *sensus communis* stesso protegge e previene l'accesso a questo abisso del dubbio. Le procedure interpretative che stabiliscono il *sensus communis* rendono possibile l'esperienza dei diversi fenomeni del mondo come realtà solide il cui significato è dato per scontato» (Stanghellini, 2006).

statuto ontologico né tantomeno ne ibrida il genoma: ecco quel libro che devo studiare o che mi servirà per raddrizzare il tavolo antico traballante, ecco quello specchio di fronte al quale mi metterò quando vorrò pettinarmi. In una certa misura, pur non essendo mai completamente devitalizzato, l'oggetto è docile alla persona, alla sua opera di significazione. È lì per me.

L'utilizzabilità delle cose sta nel loro essere da sempre e per sempre intrappolate tra il loro significato di senso comune e l'estemporaneo significato di fantasia o di divergenza che io posso attribuirvi: la tazza del caffè può diventare un porta spazzolino da denti, la penna con cui scrivevo la lettera è ora uno pseudo-microfono con cui fingo di cantare. La fenditura, lo spazio che intercorre tra queste due modalità di significazione è uno spazio di gioco attivo, in cui, a seconda della mia necessità – pragmatica o ludica –, io reinvento l'oggetto per trarne un secondo beneficio. L'utilizzabilità ricade comunque nell'orizzonte del senso comune: pur nella sua originalità, il significato nuovo di cui rivesto l'oggetto è condivisibile dagli altri, gli altri ne comprendono il senso.

Nel corso del film, si fa sempre più evidente come Carol inizi a subire l'esistenza degli oggetti, ad esserne spiazzata, dal momento che essi iniziano progressivamente e subdolamente a vivere di una loro vita propria: il cibo (piatto nel bar in pausa pranzo) raramente è per Carol qualcosa di cui nutrirsi e assaporare il gusto; si tratta piuttosto di grovigli corpulenti da fissare svogliata; il coniglio che ha portato per cena l'uomo di Helen è cangiante, ha prima il carattere del disgusto e in un secondo momento di riscoperta utilizzabilità. Diventa qualcosa che trova posto nella borsetta di Carol, non può essere lasciato a se stesso; la caffettiera diviene una sorta di specchio di fronte al microscopico spazio della quale Carol gioca a deformare la propria immagine del volto; il telefono non è semplicemente-usato, ma guardato, riflettuto. Le cose di Carol sono testimoni della metamorfosi patica del mondo vissuto che sta avendo luogo: «per questo straniarsi della potenza oggettivante, il mondo e i suoi oggetti sono sperimentati in atto di non essere più "nel loro quadro"[12], cioè nella memoria di una determinata tradizione di significati e nella prospettiva di una possibile operazione

[12] Similmente, i rumori sono minacciosi poiché assolutamente isolati dal contesto: non fanno da sfondo alla vita di Carol, ma sono figura che si staglia sullo sfondo: ticchettii, gemiti, scricchiolii, lo squillo del telefono, le campane delle suore, il campanello di casa, il ronzio delle mosche, il cinguettio degli uccellini, risaltano, sono sempre in primo piano: non c'è una realtà sufficientemente solida da poterli accogliere. Tutto le entra dentro come se non avesse più barriere, come se Carol fosse terribilmente esposta.

formale della presenza. Il mondo diventa irrelativo, senza eco di memorie e affetti, simile a uno scenario» (De Martino).

Il frigorifero non è più il luogo nel quale conservare il coniglio. Carol, ormai lasciata a se stessa, non saprebbe come cucinarlo. Ma, soprattutto, l'estetica dell'animale morto concorre a costituirne una nuova identità e un certo simbolismo: è un coniglio portato dall'esterno, direttamente dalle mani dell'uomo di Helen alla loro cucina, quella cucina che era ancora una stanza "franca", pura e incontaminata, dove Carol ed Helen si ritrovavano nel mattiniero dialogo. È un coniglio che non può più essere mangiato. Va incontro a putrefazione, esso "sta" in quelle terribili giornate "insieme" a Carol, ne è testimone e specchio. Ne è clessidra.

Il bagno è costellato di piccoli oggetti la cui disarmante quotidianeità è il luogo privilegiato dal quale fa capolino l'abisso: all'incedere della minaccia, dell'esperienza di minacciosità, lo spazzolino da denti e il rasoio di Michael non possono più trovare posto lì: Carol: «Ma perché lascia la sua roba nel bagno? Perché mette lo spazzolino nel mio bicchiere?». Tutto ora ha da essere scrutato.

## III. CAROL: LA "CONGIUNTURA DI SCATENAMENTO"

Colin: *Ti senti bene? Hai un'aria… Non so neanch'io come dire…*
*Un'aria buffa.*
Carol: *Sì, mi sento… Ossia… Non lo so.*
*Repulsion*

> *Sicché l'*Unheimliche *deriverebbe appunto dalla scoperta che ciò che consideravamo acquisito, vale a dire la relazione di mutua esclusione fra* Heim *e* Un-Heim*, fra "casa" e "non-casa", fra l'ambito domestico e quello estraneo alla casa, deve essere sostituito dalla consapevolezza – davvero in ogni senso perturbante – che non si dà affatto una opposizione assoluta fra "casa" e "non-casa", e che anzi la prima può rivelarsi essere, insieme e indissolubilmente, anche la seconda.*
>
> Curi U., *La forza dello sguardo*

*Repulsion* è un'opera cinematografica che descrive l'esordio di una psicosi, lo scivolamento e il salto nella follia: nei dieci giorni in cui l'abnorme guadagna spazio, Carol vive l'impressionante *escalation* che

va dall'angoscia all'annichilimento, dalla perplessità allo scompenso. Segnato, quest'ultimo, dallo pseudo-catatonico epilogo: Carol, dopo aver ucciso Colin e il padrone di casa, giace come morta sotto il letto, mentre i vicini di casa si aggirano spaesati nell'appartamento, ormai violentato e sconvolto dall'atrocità e dalla disperazione dell'abisso.

Il film dà l'opportunità di rintracciare e seguire il percorso di preparazione e strutturazione della psicosi, di coglierne i passaggi formali di rango psicopatologico: una volta descritti i modi dello stare-al-mondo di Carol, sarà ora da esplicitarsi lo stato di cose che, secondo un movimento di scossa tellurica, scompagina l'equilibrio, l'organizzazione psichica di salvaguardia dalla catastrofe di Carol.

Al momento in cui Carol e Colin si scambiano un fugace bacio in macchina, la situazione assume un andamento precipitoso – segnato da una netta accelerazione dell'accompagnamento sonoro. Da qui in poi l'angoscia esplode e prende il sopravvento: in cosa si concretizza dunque l'appalesarsi di tale movimento psicopatologico?

Il mondo interno si travasa nell'esterno: fino ad allora il disagio, la sofferenza, la crisi erano stati gestiti da Carol al suo interno, era riuscita a tenerseli in mente, ad esprimerli in parole relative all'invasività dell'uomo di Helen o all'angoscia di essere lasciata sola.

La follia diviene ora fenomeno pubblico. Tutto è messo in atto: sull'onda dell'angoscia, Carol non può che "fare" qualcosa: lavarsi, cercare di scuotersi di dosso ciò da cui si sente contaminata; la follia così diventa, come sempre accade, fenomeno pubblico, sofferenza che non può più trovare contenimento dentro i limiti del proprio mondo interiore ma dilaga nella condotta, nei comportamenti, rendendosi visibile nelle relazioni.

Fanno ingresso nell'esperienza psichica di Carol l'angoscia, lo smarrimento e la perplessità. Le cose cominciano ad apparire in una luce diversa e perdono i loro abituali connotati, diventano sinistre ed inquietanti: «il mondo del perplesso è un mondo non chiaro, indeterminato, impreciso, vago, in cui la comunicazione è sempre insufficiente, piena di vuoti, senza una chiara metacomunicazione o chiave, in cui la quantità d'informazione è insufficiente, troppo vasti gli aloni semantici, continui o quasi i *fading*. [...] L'esperienza della propria corporeità si mostra notevolmente inceppata, infirmata, frantumata, non solo come personalizzazione somato-psichica ma anche come coscienza in situazione. [...] La perplessità è la critica messa in questione della *Lebenswelt*, in cui appunto il soggetto non è più datore di significati, costitutore di comunicazione» (Callieri).

La vita psichica e la realtà si scollano in due foglietti: uno familiare, abitudinario, in cui Carol cerca di tenere tutto in ordine, in cui c'è

ancora spazio per la cura di sé attraverso il trucco, la scelta del vestiario, in cui Carol cammina ordinatamente sullo sfondo di strade disordinate e caotiche dove imperano i lavori in corso, in cui lavora anche se con la mente altrove; uno dove le cose non tornano più, dove lei si perde col pensiero e diventa assente, attonita, fuori dal tempo.

Sulla scorta di tale divaricazione, si apre una forbice in cui la sinistra ed enigmatica minaccia – anticipata dal volto del muratore – si fa strada: sullo sfondo il tempo si fa sentire attraverso il tormentoso ed ossessivo ticchettare di un orologio. È un tempo che procede in avanti nello scandire la vicenda, ma è anche un tempo che va all'indietro: la foto di famiglia, inquadrata nel film almeno un paio di volte, rimanda a quel passato che altro non è che il prologo. Qualcosa dal e del passato preme, fa irruzione nella vita di Carol, rompendo gli argini e dilagando; un dramma antico si sovrappone alla vicenda attuale nella quale il dramma viene ri-drammatizzato e ri-vissuto. Anche a prezzo di perdere il contatto con la realtà: «ciò che è stato abolito dentro di noi ritorna dal di fuori» (Freud, p. 396). In questo senso, la vicenda che si dipana sotto i nostri occhi è attuale, ma è allo stesso tempo la messa in scena di qualcosa di terribile che è già accaduto, nella realtà o nel mondo interno di Carol Ledoux.

Nelle vesti dell'uomo che sporca e che contamina, il mondo lindo e ordinato di Carol viene invaso e scompaginato: l'uomo sposato, sporco e invadente rende possibile l'inquinare ed il marcire: quell'uomo allora non è solo un uomo, un uomo con le sue caratteristiche, ma un oggetto, potremmo dire, portatore di disordine e confusione.

Così, all'ingresso del perturbante, le pareti cedono: a partire da una banale crepa sull'intonaco, le crepe si fanno animate, scricchiolano sinistre e minacciose. Alla fine, le pareti diventano molli, cedevoli, fanno addirittura acqua.

Carol e la sorella non riescono più a fare corpo unico, non riescono a tenere l'uomo fuori dalla porta: lui è manesco e volgare. Helen se ne lascia catturare: tutto si sporca e si corrompe.

Solo alla fine del film, al culmine del percorso nella follia e nell'umano dramma, accade qualcosa: non la soccorre la sorella, sgomenta ed atterrita, ma Micheal, l'uomo di Helen che finalmente la prende in braccio e la porta in salvo. L'unico che a suo modo aveva colto la sua sofferenza.

## BIBLIOGRAFIA

Buber M.: *Il principio dialogico e altri saggi.* Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo (Mi), 1962

Callieri B.: *Quando vince l'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*. Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2001

Canova G. (a cura di): *Enciclopedia del cinema*. Garzanti, Milano, 2002

Curi U.: *La forza dello sguardo.* Bollati Boringhieri, Torino, 2004

De Martino E.: *Morte e pianto rituale nel mondo antico*. Bollati Boringhieri, Torino, 1958

Freud S.: *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (caso clinico del presidente Schreber)* (1910), in *Opere*, VI, pp. 333-406. Bollati Boringhieri, Torino, 1974

Heidegger M.: *Essere e tempo* (1927). Classici Utet, Torino, 1975

Jaspers K.: *Psicopatologia generale* (1913). Il Pensiero Scientifico, Roma, 1959

Levinas E.: *Le temps et l'autre*. Quadrige, Presses Universitaires de France, 1979

Merleau-Ponty M.: *Fenomenologia della percezione* (1945). Bompiani, Milano, 1981

Minkowski E.: *La Schizofrenia. Psicopatologia degli schizoidi e degli schizofrenici* (1953), con *Introduzione* di S. Mistura. Biblioteca Einaudi, Torino, 1998

Poggi S.: *Husserl e la fenomenologia*. Sansoni, Firenze, 1973

Rossi Monti M. (a cura di): *Percorsi di psicopatologia. Fondamenti in evoluzione.* FrancoAngeli, Milano, 2001

… : *Forme del delirio e psicopatologia*. Raffaello Cortina, Milano, 2008

Scandola A.: *Roman Polanski*. Editrice Il Castoro, Milano, 2003

Scharfetter C.: *Psicopatologia generale*. Giovanni Fioriti, Roma, 2002

Schutz A.: *Il problema della rilevanza*. Rosenberg & Sellier, Torino, 1970

Stanghellini G.: *Antropologia della vulnerabilità*. Feltrinelli, Milano, 1997

… : *Psicopatologia del senso comune*. Raffaello Cortina, Milano, 2006

Wittgenstein L.: *Pensieri diversi* (1977). Adelphi, Milano, 1980

Dr.sa Alessia Fusilli
Viale Vittoria Colonna, 48
I-65100 Pescara
alessia_fusilli@live.it

# DÉPRESSION ET DOULEUR, DÉPERSONNALISATION ET RE-PERSONNALISATION

M. MUSALEK

## I. INTRODUZIONE
*di Arnaldo Ballerini*

Sono lieto dell'opportunità che COMPRENDRE mi offre di premettere qualche riga al testo di Musalek, e non solo per il caldo affetto e la profonda stima che mi legano all'Autore, ma perché egli qui ci propone un punto cruciale per ogni psicopatologia: il senso del corpo. E lo fa attraverso un approccio empirico al legame fra dolore fisico ed esperienze depressive, e al rapporto con il sentimento del Sé.

L'avere e l'essere un corpo, i diversi modi dell'esperienza del corpo, la sua significatività ed assieme la sua opacità, sono così profondamente costitutive della presenza umana in tutte le sue declinazioni, che non vi è psicopatologo che non si sia occupato del tema della corporeità. Ed io dico "corporeità", traducendo così il termine *Leiblichkeit*, perché mi riferisco non al corpo dell'anatomia o anche della neurofisiologia, per importante che sia per la psichiatria questo ambito della ricerca empirica, ma ad un piano – quello della psicopatologia fenomenologica – nel quale la stessa distinzione fra "psiche" e "corpo", se si vuole la cartesiana separazione fra *rex cogitans* e *rex extensa*, non ha corso perché ci si riferisce al corpo vissuto come correlativo ai modi di essere, «alla maniera con cui la presenza si progetta corporalmente», scriveva D. Cargnello (1966).

Non si può, credo, avvicinarci al tema del vissuto del proprio corpo

in psicopatologia, dalle modificazioni più atmosferiche alla massiccia negazione del corpo nella sindrome che J. Cotard descrisse nel 1880, senza qualche considerazione sull'aspetto di ambiguità del corpo, come Enzo Agresti ed io si puntualizzava (1968).

In effetti non si può affermare che i ricchissimi studi fenomenologici sul tema del corpo abbiano esaustivamente chiarito gli aspetti costitutivi della corporeità.

Certo, la funzione sensoriale è il ponte fra la nostra intenzionalità e il mondo intenzionato, fra "noesi" e "noema". Il corpo è allora lo psichico che si materializza: poiché la coscienza è in realtà un continuo esser proteso verso il mondo, un inerire alla cosa attraverso la mediazione del corpo: il corpo diviene un mezzo, non un soggetto né un oggetto.

Ho ricordato come ci sia sembrato un errore metodologico in psicopatologia accettare l'"ambiguità" del corpo sulla base di una rigida distinzione dicotomica fra corpo-oggetto e corpo-soggetto. Esiste cioè un "corpo unico" che può essere esplicitato secondo varie prospettive: in psicologia e psicopatologia non potrà mai esistere un corpo che sia del tutto "oggetto" o del tutto "soggetto".

Invero in ogni momento ci troviamo a dover fare i conti con il nostro corpo, con la sua limitatezza, con la sua fragilità, con le pulsioni istintuali che ne derivano. In ogni momento, consciamente o inconsciamente, dobbiamo lottare con esso o sottometterci ad esso: sempre dobbiamo in qualche modo subire quanto dalla materialità "nostra" ci proviene e che siamo costretti ad "essere".

Il corpo è l'idea limite, ma è anche il limite insuperabile dell'idea. Forse la psicopatologia del vissuto corporeo va anche vista in questa prospettiva; il corpo è l'espressione della nostra limitatezza, in quelle circostanze nelle quali ci troviamo: esso le esprime, le caratterizza, le significa. Noi ci troviamo, più spesso di quanto si possa supporre, di fronte al simbolo materiale della nostra esistenza, e quando questa in qualche modo fallisce, il corpo è il veicolo di questo fallimento.

Così nella patologia le anomalie del vissuto corporeo, e anche il dolore fisico, possono essere un modo di esprimere, di vivere e di manifestare quel particolare significato psicotico. In questo senso il corpo è sempre qualcosa di psichico, e lo è tanto più quanto lo psichico si manifesta nei suoi aspetti negativi, perché già in partenza la materialità corporea è limitazione, ostacolo e, spesso, necessità irrazionale.

## II. DÉPRESSION ET DOULEUR, DÉPERSONNALISATION ET RE-PERSONNALISATION

L'examen des éventuelles relations existant entre dépression et douleur nous amène à poser trois questions cruciales: dépression et douleur apparaissent-elles ensemble (plutôt que tout simplement par hasard) plus souvent qu'on ne le supposerait? S'il existe en effet un rapport étroit entre les deux, reste à savoir laquelle apparaît la première: la dépression est-elle une conséquence ou bien au contraire un agent provocateur de la douleur? Et dans ce cas, la troisième question sera de savoir quels sont les mécanismes psychopathologiques responsables de l'apparition de syndromes douloureux durant des états dépressifs.

Sur la base de données empiriques, la pratique médicale démontre qu'on observe fréquemment des états douloureux chez des patients dépressifs, le syndrome douloureux dominant le tableau clinique ou l'accompagnant seulement (Corruble, Guelfi ; Furst, Manning). Il est bien évident que la douleur constitue une expérience négative et que, par conséquent, il est tout à fait possible que les syndromes dépressifs résultent de syndromes douloureux chroniques. Il s'agit cependant de voir si, en revanche, des syndromes dépressifs peuvent être à la base de la douleur (Blackburn-Munro G. et R.E.). Pour les psychiatres, les concepts «somatisation», «troubles somatoformes» et «dépression larvée», qui se manifestent sous forme de douleur, sont bien connus (Birket-Smith). Ces concepts se basent sur l'hypothèse selon laquelle un processus dépressif sous-jacent (n'étant pas reconnu comme tel, ou bien non reconnaissable) peut entraîner un syndrome douloureux chronique.

Contrairement au nombre important de considérations théoriques, on ne dispose pratiquement pas d'études empiriques sur la fréquence des dépressions, en particulier sur les syndromes dépressifs majeurs dans le cadre du syndrome douloureux chronique. Cela pourrait s'expliquer par le fait que des patients ayant des douleurs chroniques consultent en premier lieu des médecins non psychiatres, comme des spécialistes de médecine interne, des anesthésistes, chirurgiens, dermatologues ou gynécologues. Il ne faut en effet pas oublier que le syndrome dépressif appartient au groupe de maladies les plus méconnues ou faussement diagnostiquées en médecine générale. Par contre, les psychiatres susceptibles de faire des études sur la dépression et la douleur sont consultés principalement par des patients hautement sélectionnés présentant des syndromes douloureux, mais également d'autres symptômes de maladies mentales ou des problèmes interactionnels majeurs.

Cette situation insatisfaisante a été le point de départ de nos études empiriques menées auprès des patients souffrant de syndromes doulou-

reux chroniques, qui ont été transférés dans notre service de psychodermatologie au Département de dermatologie à l'université de Vienne (Musalek, 2002; Musalek *et al.*, 2001 et 2002). Il s'agit ici d'un service de liaison psychiatrie-dermatologie où les dermatologues envoient des patients souffrant de différentes formes de syndromes douloureux chroniques *sine materia*, tels que la glossodynie (sensation douloureuse sur la pointe ou les bords de la langue), la vulvodynie (dans la région génitale de la femme), la scrotodynie (dans la région génitale de l'homme) ou l'anodynie (dans la région anale). Dans ce service, les malades sont vus initialement à la fois par un psychiatre et un dermatologue, tous deux aussi psychothérapeutes (Musalek, 2002). Les patients ne sont pas transférés en raison de la symptomatologie psychiatrique – qui reste le plus souvent méconnue –, mais parce que les dermatologues ne sont pas en mesure d'expliquer la douleur chronique.

Dans toutes nos études, une nette prépondérance des états dépressifs a pu être constatée chez des patients souffrant de douleurs chroniques: 80% environ présentaient un symptôme dépressif typique et plus de 30% des signes d'une dépression majeure (Zoghlami *et al.*). Des résultats comparables ont pu être obtenus chez des patients souffrant d'un prurit chronique (qui peut être considéré comme un syndrome douloureux de faible intensité) : les deux tiers environ des patients examinés souffraient d'une dépression majeure (Musalek *et al.*, 1999 ; Musalek *et al.*, 2002). Ces résultats confirment ceux d'autres équipes de recherche qui ont également trouvé une relation entre dépression et douleur (Kuck; Wilson *et al.*).

Le haut pourcentage de syndromes dépressifs constatés chez des patients souffrant d'une douleur chronique ne renseigne pas sur la chronologie dans l'apparition des symptômes. Ce sont avant tout des études thérapeutiques, au cours desquelles les patients souffrant de douleurs sont traités par antidépresseurs, qui peuvent élucider ce problème. Si la symptomatologie, non seulement dépressive mais aussi douloureuse, diminue, il est possible d'en conclure avec quelque certitude que la symptomatologie dépressive n'est pas seulement une réaction au syndrome douloureux mais également un facteur préalable à l'apparition de ce symptôme. De telles études doivent cependant être interprétées avec circonspection, étant donné que la plupart des antidépresseurs ont aussi un effet analgésique (Verma, Gallagher). C'est la raison pour laquelle nous n'avons inclus, dans nos propres études thérapeutiques, que des patients continuant à souffrir de douleurs, même sous une thérapie analgésique adéquate. Étant donné que l'effet analgésique des antidépresseurs peut être considéré comme plus faible que celui des analgésiques classiques, une réaction positive à la thérapie antidépres-

sive ne peut pas être seulement imputée à leur effet analgésique. Dans toutes nos études thérapeutiques, une réponse positive des antidépresseurs à la symptomatique à la fois dépressive et douloureuse a pu être observée, ce qui permet de conclure que la dépression peut être considérée comme une maladie préalable à l'apparition de ce syndrome douloureux (Zoghlami *et al.*).

Tous les résultats des études mentionnées ont montré assez clairement que, premièrement, il existait une étroite relation entre la douleur et la dépression et que, deuxièmement, la dépression n'était pas seulement une conséquence de la douleur mais pouvait aussi être à la base de celle-ci. La troisième question est alors justifiée, à savoir quelles sont les explications possibles ou bien quels sont les mécanismes psychopathologiques responsables de l'effet provocateur de la douleur? Il n'existe pas de données empiriques permettant d'expliquer que la dépression peut produire la douleur, cependant, l'expérience clinique démontre clairement que la dépression peut avoir un effet sur la douleur, l'intensifiant et la catalysant (Marazziti *et al.*). Les ouvrages traitant des syndromes douloureux mentionnent seulement un nombre réduit de facteurs susceptibles d'augmenter la douleur, dont l'un est le foyer d'attention: plus le sujet se concentre sur la douleur, plus la douleur devient intense. Il existe bien sûr une relation étroite entre le fait que la douleur devienne de plus en plus intense et l'intensité de la lésion elle-même. Dans ce contexte, il faut souligner que des facteurs chroniques de stress et le manque d'habitude peuvent accroître la douleur – et tout particulièrement le manque de mécanismes adéquats de *coping* (ou bien l'existence de mécanismes inadéquats). Traiter tous les facteurs pouvant expliquer comment une dépression intensifie et catalyse la douleur dépasserait le cadre de cet article. C'est pourquoi seul l'un de ces mécanismes inadéquats de *coping* pouvant jouer un rôle dans la genèse des syndromes douloureux chroniques fera l'objet des considérations ci-dessous.

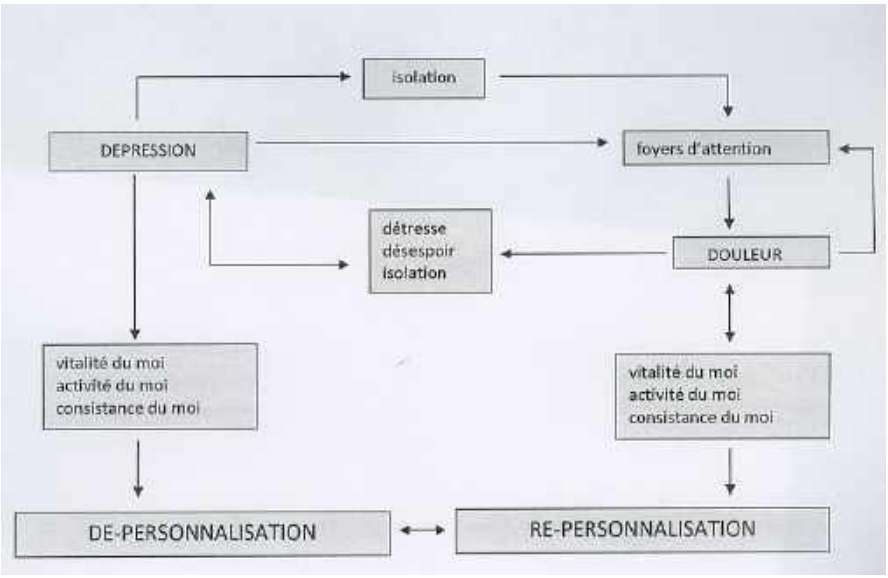
À côté des syndromes douloureux, il existe encore un autre phénomène souvent associé à des états dépressifs, à savoir le phénomène psychopathologique de la dépersonnalisation (Aderibigbe *et al.* ; Lambert *et al.*). La dépression peut diminuer la conscience de la personnalité, ce qui conduit à des multiples phénomènes de dépersonnalisation. Suivant la définition d'Ayd, la dépersonnalisation constitue un syndrome non spécifique, où la perception ou l'expérience du moi se voit modifiée de telle sorte que le malade a l'impression d'avoir perdu son identité et que son corps lui devient différent et irréel. Scharfetter distingue sept dimensions de dépersonnalisation différentes, les principales étant la perte ou la diminution de la «vitalité du moi» (*Ich-Vitalität*),

de l'«activité du moi» (*Ich-Aktivität*) et de la «consistance du moi» (*Ich-Konsistenz*). «Vitalité du moi» signifie «être conscient d'exister», ce que Jaspers appelait *Daseins Bewusstsein.* C'est justement ce sentiment que perdent les patients qui souffrent d'une sévère dépression présentant des caractéristiques nihilistes. Ils se croient inexistants, ils se sentent morts. C'est la forme la plus sévère de dépersonnalisation. La perte ou trouble de l'activité du moi constitue une forme moins grave de la dépersonnalisation. Par «activité du moi», nous entendons le fait d'être conscient de faire quelque chose, de sentir quelque chose. (C'est bien moi qui parle, qui écrit ou qui bouge.) Le concept de Scharfetter relatif aux troubles de «l'activité du moi» (*Störungen der Icli-Aktivität*) ressemble à celui de Jaspers (*Störungen des Vollzugsbewuetseins*) et à celui de Kurt Schneider (*Störungen der Meinhaf*tigkeit). La troisième dimension ou «consistance du moi» (*Idr-Konsistenz*), ce sont les expériences qui font que nous sommes conscients de former une unité avec toutes nos parties. Nos bras sont bien nos bras, éléments constitutifs de notre unité. Sous un point de vue cellulaire, nous ne sommes pas un assemblage de cellules mais ce sont nos cellules qui nous constituent comme unité.

Toutes ces formes de dépersonnalisation peuvent être la conséquence d'une dépression, et elles correspondent à la sévérité de cette dépression. Des dépressions d'un degré faible ou modéré ne peuvent entraîner que des troubles de la «consistance du moi», celles d'un degré modéré ou sévère des troubles de l'«activité du moi» et, dans des cas très sévères, des troubles de la «vitalité du moi» peuvent même apparaître. Le plus souvent, ces phénomènes ne sont pas évidents et les patients n'en parlent pas. C'est pourquoi une exploration et un diagnostic différentiel s'imposent afin de pouvoir reconnaître tous les phénomènes de la dépersonnalisation.

Quelles sont donc les relations possibles entre dépression, douleur et dépersonnalisation? Ainsi que nous l'avons déjà mentionné, la dépression ne produit certainement pas la douleur en soi. Un syndrome douloureux ou une forme de douleur doit donc exister au départ. D'une certaine manière, nous éprouvons toujours de la douleur ou bien nous sentons quelque chose dans le corps. D'habitude, nous n'y prêtons pas attention, d'autres choses étant plus importantes à ce moment-là. Si cependant nous nous concentrons sur ce phénomène, la douleur devient dominante, ce qui est le cas spécialement dans des phases dépressives (Berner; Janzarik). L'intérêt porté à l'environnement diminue dans la mesure où l'attention donnée au corps et aux sensations corporelles augmente, ce que Kurt Schneider appelait «rejet sur son propre corps» (*Zurück Gewor fenheit auf die eigene Dryer Lichkeit*). Ce sont également l'isolation sociale et l'aliénation, observées très souvent chez

des dépressifs, qui provoquent un détournement de l'attention et une concentration accrue sur leur propre corps. Les patients qui sont socialement isolés se concentrent en effet de plus en plus sur leur corps (Musalek, 1991; Leclero, Musalek), ce qui fait que leur sentiment de douleur augmente. Étant donné que la douleur nous rend désemparés et sans espoir, la symptomatologie dépressive se voit accrue. Cette aggravation renforce l'isolation sociale et l'aliénation, ce qui à son tour fait augmenter la douleur. De cette façon un cercle vicieux s'établit (figure ci-dessous).




D'autre part, la douleur améliore également le sentiment de vitalité du moi, de l'activité du moi et de consistance du moi. La douleur aide les patients à mieux sentir leurs propres corps, à se vivre eux-mêmes. Rappelons ici les patients souffrant de maladies mentales chroniques qui se blessent eux-mêmes afin de retrouver la sensation de leur corps, de sortir de leur état de dépersonnalisation et de revenir dans la réalité. La douleur entraîne une re-personnalisation et compense la dépersonnalisation causée par la dépression. Cela pourrait expliquer pourquoi de nombreux patients souffrant de douleurs *sine materia* semblent lutter pour que leur douleur persiste et donnent l'impression de ne pas vouloir la perdre. Ainsi, l'idée du «gain par la maladie» (*Krankheitsgewinn*) (Faust), souvent invoquée à propos de malades souffrant d'une douleur chronique, acquiert une nouvelle importance. Ce gain par la maladie

n'est pas seulement dû au fait que le malade obtient plus d'affection de la part de son environnement en raison de sa souffrance, mais, surtout, à la compensation des expériences de dépersonnalisation déclenchées par la dépression. La douleur devient alors un instrument de lutte contre la perte menaçante du moi, une force permettant de combattre la dépersonnalisation et d'amener une re-personnalisation (figure ci-dessus). La douleur garde le dépressif dans sa réalité du moi et, si cela s'avère nécessaire, le reconduit. Plus la douleur augmente, plus la dépersonnalisation diminue: dans la mesure où la dépression et les phénomènes accompagnant la dépersonnalisation s'intensifient, la douleur doit aussi s'intensifier aussi comme moyen de compensation à cette re-personnalisation. Cela n'est pourtant vrai que pour certains degrés de dépression. S'il s'agit de dépressions sévères s'accompagnant en général de signes prononcés de dépersonnalisation, on observe rarement des syndromes douloureux – souvent, les patients rapportent ne plus pouvoir rien sentir, ils restent également insensibles aux douleurs infligées. Dans les cas de dépression aussi sévères, c'est évidemment tout le système de contre-régulation qui décompense. Il n'est plus possible de tenter une re-personnalisation par l'expérience du corps, parce que celui ci n'est plus perçu comme tel. Cela pourrait également expliquer que les phénomènes de somatisation allant jusqu'à l'hypocondrie et au délire hypocondriaque s'observent seulement dans le cas de dépressions d'un faible degré ou degré modéré (qui, souvent, à leur tour, ne sont pas diagnostiquées par le non-spécialiste) (Janzarik, 1959; Musalek, 1989; Berner, Musalek). S'il s'agit par contre de dépressions sévères, les mécanismes de compensation ne semblent plus fonctionner, ce qui conduit à l'abandon du propre moi.

En conclusion, on peut dire que dans la pratique clinique, on observe une interaction complexe entre douleur et dépression, dépersonnalisation et re-personnalisation. Quant aux trois questions posées en guise d'introduction, il convient de répondre à la première par l'affirmative; dépression et douleur sont en effet en étroite relation. Naturellement, la dépression peut constituer une réaction à la douleur mais elle peut également être le point de départ du syndrome douloureux en renforçant celui-ci. En règle générale, c'est une action réciproque que l'on peut observer entre douleur et dépression. Il aurait alors fallu poser la deuxième question d'une autre manière – à savoir, quelle interaction? La troisième question enfin concernait les mécanismes psychopathologiques responsables de l'interaction entre les symptômes dépressifs et douloureux. L'un de ces mécanismes, auquel il faut attribuer une importance particulière, est évidemment la dichotomie dépersonnalisation/re-personnalisation.

## BIBLIOGRAPHIE


Aderibigbe Y.A., Bloch R.M., Waiker W.R.: *Prevalence of depersonalization and derealization experiences in a rural population*. SOC PSYCHIATRY PSYCHIATR. EPIDERNIOL., 2001, 36(2): 63-69

Ayd J.-R.F.: *Lexicon of Psychiatry, Neurology and the Neurosciences*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1995

Berner P.: *Psychiatrisdre Systeutatik*. Huber, Bern,1982

Berner P., Musalek M.: *Schizophrenie und Wahnkrankheiten*, in Platt D. (hrsg.): *Handbuch der Gerontologie*, Bd. 4. Gustav Fischer, Stuttgart, 1989.

Blackburn-Munro G., Blackburn-Munro R.E.: *Chronic pain, chronic stress and depression: coincidence or consequence?*. JOURNAL OF NEUROEND., 2001, XIII, 12: 1009-1023

Birket-Smith M.: *Somatization and chronic pain*. ACTA ANAESTHESIOL., 2001, XLV, 9: 1114-1120

Corruble E., Guelfi J.D.: *Pain complaints in depressed inpatients*. PSYCHO PATHOLOGY, 2000, 33, 6: 307-309

Kuch K.: *Psychological factors and the development of chronic pain*. THE CLIN. J. OF PAIN, 2001, 17: 33-38

Faust V.: *Psychiatrie*. Gustav Fischer, Stuttgart, 1995

Furst D.E., Manning D.C.: *Future directions in pain management*. CLIN. EXP. RHEUMATOL., 2001, 19 (6 Suppl. 25): 71-76

Janzarik *W.*: *Dynamische Grund Konstellationen in endogenen Psychosen*. Springer, Berlin, 1959

… : *Schizophrene Verläufe*. Springer, Berlin, 1968

Jaspers K.: *Allgemeine Psychopathologie*, 9 Auflage. Springer, Berlin, 1973

Lambert M.L., Senior C., Phillips M.L., Sierra M., Hunter E., David A.S.: *Visual Imagery and Depersonalisation*. PSYCHOPATHOLOGY, 2001, 34: 259-264

Leclero M., Musalek M.: *Délires d'infestation: Entomophobie, Acarophobie, Dermatophobie parasitaire. Psychopathologie et Thérapeutique*. REVUE MEDICALE DE LIEGE, 1992, 47: 305-313

Marazziti D., Castrogiovanni P., Ross A., Rosa C., Ghione S., Di Muro A., Panattoni E., Cassano G.B.: *Pain threshold is reduced in depression*. LAER. J. NEUROYSYCHOPHARMACOL., 1998, 1: 45-48

Musalek M.: *Les indicateurs psychopathologiques et biologiques pour la thérapeutique des délires chroniques*. PSYCHOMEDIA, 1989, 21: 1355-1359

… : *Der Dermatozoen-Wahn*. Thieme, Stuttgart, 1991

… : *Delusional parasitosis*, in J.Y.M. Koo and C.S. Lee (eds.): *Psychocutaneous Medicine*. M. Dekker Inc., New York, 2002

Musalek M., Hobl B., Mossbacher, U.: *Diagnostics in psychodermatology*. DERMATOL. PSYCHOSOM., 2001, 2:110-115

… : *Diagnostico y clasificacion en psichodematologia*, in Grimait F. et

Cotterill J.A. (eds.): *Dermatologia y psiquiatria*. Groupo Auzia Medica, S.A, 2002

Musalek M., Mossbacher U., Hobl B., Zoghlami A.: *Psychopathology of pruritus*, EADV, 1999, 12 (suppl. 2): 26-27

Scharfetter C.: *Allgemeine Psychopathologie*. Thieme, Stuttgart, 1991

Schneider K.: *Klinische Psychopathologie*. Thieme, Stuttgart, 1980

Verma S., Gallagher A.M.: *The psychopharmacologie treatment of depression and anxiety in the content of chronic pains*. CURR. PAIN HEADACHE, 2002, 6(1): 30-39

Wilson K.G., Mikail S.F., D'Edon J.L., Milans J.E.: *Alternative diagnostic* criteria *for major depressive disorder in patients with chronic pain*. PAIN, 2001, 91 (3): 227-234

Zoghlami A., Hobl B., Moosbacher U., Wolff K., Musalek M.: *Glossodynia and burning mouth syndrome at the liaison Outpatient Clinic for Psychodermatological Disorders – Urodynia, Vulvodynia and Anodynia at the Liaison Out-Patient Clinic for Psychodermatological Disorders*. DERMATOL PSYCHOSOM 1, 2000, 1:42

M.D. Prof. Musalek Michael
Karl Scheiwhofer - Gasse 8/2/20
A-1070 Vienna
AUSTRIA

# IDENTITÀ, ALTERITÀ, CULTURE

D. NAPOLITANI

## I. PREMESSE

*L'unico segno generale della pazzia è la perdita del senso comune* (sensus communis)
*e il subentrare invece del senso logico personale* (sensus privatus).
E. Kant, *Antropologia pragmatica*, p. 107

*Essa è la più violenta fra le passioni dell'uomo di natura,*
*in uno stato in cui egli non può evitare di trovarsi con gli altri in un rapporto di reciproche* [*pretese*.
*Chi può essere felice soltanto in base all'arbitrio di un altro*
*(sia poi questo tanto benevolo quanto si vuole), si sente a ragione infelice.*
p. 159

Metto in esergo queste citazioni di Kant come se ponessi all'ombra di questo gigante del pensiero moderno il mio autorizzarmi a rilanciare con forza la proposta di Binswanger di una connessione strutturale tra psicologia ed antropologia: non più due discipline confinanti e variamente intersecantesi ma due campi di osservazione di un medesimo "oggetto", l'uomo-in-azione che produce il suo ambiente specifico (la cultura) da cui ricorsivamente viene prodotto. Nel definire "pragmatica" la sua "antropologia" Kant intende sottrarla ai vincoli metafisici (i principi universali, gli "a-priori") su cui si fondano le sue tre *Critiche*, anticipando in tal modo il pensiero fenomenologico, nei suoi sviluppi non metafisici, che pone pragmaticamente il fenomeno non come og-

getto in sé ma come dato dell'esperienza che l'uomo ne fa a partire dal suo modo di interpretarlo.

C'è inoltre uno specifico motivo in questo mio richiamo a Kant, poiché in entrambe le citazioni egli allude ad un tema che fa da perno alle mie più o meno sistematiche speculazioni "antropoanalitiche" sulla linea del pensiero fenomenologico con un particolare riferimento all'opera di Ludwig Binswanger. Voglio mettere in evidenza alcune suggestive connessioni tra le anticipazioni fenomenologiche di Kant e alcuni punti chiave dell'opera di Binswanger (pp. 22-23), lì dove egli mette in crisi i paradigmi della "scienza" psichiatrica e psicologica dimostrando l'assoluta improprietà di concetti desunti dalle scienze fisiche e adattate al dominio antropologico nei termini di *normalità* (o di *sanità*) e di *devianza* (o di *malattia*)[1]:

> *Con la dottrina heideggeriana dell'essere-nel-mondo* (In-der-Welt-sein) *come trascendenza è stato eliminato il cancro che minava alla base tutte le precedenti psicologie e si è finalmente aperta la strada all'antropologia. Il cancro è rappresentato dalla dottrina della scissione del "mondo" in soggetto e oggetto. In forza di questa dottrina l'esistenza umana è stata ridotta a mero soggetto privo del suo mondo. E un "soggetto" nel quale hanno luogo tutti i possibili processi, eventi, funzioni, che ha tutte le possibili caratteristiche e compie tutti i possibili atti, senza che nessuno sia in grado di dire, salvo supporlo attraverso mere "costruzioni" teoriche, come possa incontrarsi con un "oggetto" e cominciare a intendersi con altri soggetti. Essere-nel-mondo significa sempre, per dirla in breve, essere nel mondo con i miei simili, essere con le altre esistenze* (Mitdaseiende). *Heidegger, postulando l'essere-nel-mondo come trascendenza, non soltanto ha superato la scissione tra soggetto e oggetto della conoscenza, non soltanto ha colmato lo* hiatus *tra Io e mondo, ma ha anche illuminato la struttura del soggetto come trascendenza, ha aperto un nuovo orizzonte di comprensione e ha dato impulso nuovo all'indagine scientifica sull'essere dell'uomo in genere e sui particolari suoi modi di essere. È dunque chiaro*

[1] Nella prefazione a quest'opera di Binswanger, D. Cargnello e F. Giacanelli scrivono tra l'altro: «È evidente che le formulazioni della psicopatologia classica devono essere riviste *ab imis* ove si accetti appunto che i disturbi mentali prima di essere il frutto di una turba di questa o quella funzione o anche del loro interagire e coordinarsi, sono espressione di un particolare rapporto coesistentivo o un particolare modo di essere. "Psicopatologia", si è detto ancora: ma forse è giunto il momento di cominciare a parlare di *alienistica* se si vuole finalmente superare l'ipostasi della "psiche" e accettare, come oggetto della nostra indagine, non un principio entificato ma la condizione, reale e propriamente umana, dell'essere-alienato».

> *– e ciò mi preme particolarmente sottolineare – che in luogo della scissione dell'essere in soggetto (uomo, persona) e oggetto (cosa, ambiente) subentra qui, garantita dalla trascendenza, l'unità tra persona e mondo.*

Mi sembra qui evidente la stretta consonanza tra la visione proposta da Kant nella sua *Antropologia pragmatica* e l'enunciato di Binswanger circa il fatto che la psicologia «*si è finalmente aperta la strada all'antropologia*». L'antropologia non pone a confronto le più diverse culture con un modello teorico di una cultura "normale", poiché osserva e cerca di dare un senso alla specificità di ciascuna cultura nel proprio contesto storico ed ambientale. Così la stessa civiltà occidentale, in cui la riflessione antropologica si istituisce come una disciplina autonoma, diventa materia di analisi, e la sua pretesa di essere al vertice di una gerarchia di valori tale da essere legittimata a sviluppare politiche di dominio su civiltà giudicate "inferiori" viene assunta come un carattere antropologico che necessita di essere compreso con lo steso metodo con cui vengono comprese civiltà diverse. Questa comprensione – che accade del resto in una diffusa crisi dei paradigmi scientifici "oggettivi" ed universalistici – diventa, nel suo diffondersi, un atto che contribuisce significativamente ad aprire e a rafforzare circoli dialogici e cooperativi tra intere collettività esposte a reciproche intolleranze fino al punto di reciproci sterminii.

La materia specifica delle scienze psicologico-psichiatriche è la mente, che linguisticamente propone un'irrisolvibile aporia: essa è una materia *sine materia*, è la "cosa" di cui si occupano la scienza, la religione, la filosofia, ciascuna descrivendola secondo il proprio specifico contesto culturale e storico, assumendo, poi, la propria descrizione come presentazione di una *cosa realmente vera* che rende false le presunzioni di verità affermate da altre discipline. Se allora scaviamo nelle radici linguistiche di questa misteriosa parola troviamo che l'unico modo in cui essa si declina come atto è "mentire" (Napolitani, 1997): la mente (soggetto grammaticale) *mente* (predicato verbale), in accordo con l'etimologia (Devoto) che ci dice: «Dal latino tardo mentire, derivato di *mens mentis* "mente", dapprima col significato d'"immaginare", poi "fingere", quindi "mentire"». Inoltre, come suffisso (*-mente*) essa è l'ablativo di *mens*, *mentis* e descrive il modo con cui un atto o un comportamento appare all'osservatore: così se dico «egli si comportò "sanamente" o "giocosamente"» pretendo che tutti credano al mio modo di intendere quel comportamento come se esso fosse oggettivamente intenzionato in modo sano o in modo giocoso. Infine, declinato come altro suffisso (*-mento*), si formano sostantivi maschili deverbali che indi-

cano un'azione o il suo effetto (arredamento, cambiamento, movimento, versamento e simili). Possiamo dire che solo in quest'ultima sua declinazione la radice mente acquista una concretezza empirica a cui poi vengono date interpretazioni che variano a seconda delle sintassi di cui si servono.

L'antropologia è quella disciplina che ha come oggetto le azioni dell'uomo (la cultura nelle sue forme rituali, istituzionali, e nelle credenze su cui queste si formano) e nel momento in cui la psicologia si dispone a considerare l'uomo nella sua intenzionalità, che trascende la sua concreta fisicità per connetterlo intimamente col mondo, finisce con l'abbandonare paradigmi e sintassi di altri saperi disciplinari per affrontare antropologicamente l'esistenza dell'uomo, il che significa la sua cultura. Ricordo qui Mario Trevi (pp. 16 e 17):

> *L'unica vera critica di Jung a Freud – l'unica critica che si approfondisce nel tempo e che si dimostra fruttuosa per una prospettiva storicistica della psicoanalisi – è quella basata sull'inconsapevolezza di Freud circa l'antropologia filosofica che la sua dottrina inevitabilmente presuppone* […] *in realtà sarebbe difficile circoscrivere questa antropologia* [*quella freudiana*] *cui sembrano concorrere tanto il materialismo metafisico e il pessimismo hobbesiano quanto la tradizione empirista e lo scientismo positivistico. Quel che qui si vuole riproporre è il valore dell'assunto junghiano circa l'imprescindibilità di un presupposto antropologico a ogni possibile teoria psicologica.*

Se il modo specifico di essere dell'uomo è il suo trascendersi nel mondo (il *Mit-dasein* heideggeriano) dobbiamo sottrarre il concetto di trascendenza dall'ambito metafisico (il trascendersi in un *altro* mondo, un *trasumanare* come un andare oltre la natura umana, di cui Dante dice «*Trasumanar significar per verba Non si poria*») per trovare un metodo che ci consenta di *comprendere* questo prodigioso fenomeno come carattere specifico della natura umana a contatto con il suo ambiente fisico e mentale. Un grande fisico, Arthur Eddington ci dice a tal proposito (p. 174):

> *Abbiamo visto che là dove la scienza ha compiuto le massime conquiste, lo spirito ha ricevuto dalla natura ciò che egli stesso le aveva prestato: dai lidi dell'ignoto abbiamo scoperto un'orma misteriosa. Abbiamo escogitato l'una dopo l'altra profonde teorie per riuscire a scrutarne l'origine. Alfine siamo riusciti a ricostruire l'essere da cui quell'orma deriva. Ed ecco: quell'orma siamo noi stessi.*

Eppure fino ad oggi, prevalentemente, psicologie e psichiatrie erigono le loro costruzioni teoriche e le loro tecniche "terapeutiche" ponendo l'incomprensibilità di ideazioni e di comportamenti come espressioni sintomatiche di una mente guasta: in medicina un sintomo rimanda univocamente ad un organo ed a sue eventuali disfunzioni e, se questo rimando lascia lacune di senso, la scienza medica interroga se stessa nella ricerca di strumenti conoscitivi che possano colmare queste lacune. In una prospettiva antropo-analitica l'incomprensibilità della schizofrenia, al contrario, non è un sintomo di una presunta malattia, ma è la dichiarazione di un difetto di comprensione dell'osservatore di questo fenomeno.

Se facciamo una diagnosi psicologica significa che rileviamo in qualcuno un comportamento "strano", cioè *estraneo* rispetto ai confini del senso comune di cui siamo in qualche modo "militanti", e, come tali, ci serviamo degli strumenti di un potere scientifico forte, quale è la medicina, per nominare il nostro sentimento di estraneità, come se fosse un carattere dell'"oggetto" in esame, con il lessico medico: parliamo allora di quel comportamento come di un sintomo di una qualche malattia per la quale coniamo nomi di fantasia che per lo più rimandano etimologicamente ad un essere fuori dai confini del territorio che "logicamente" abitiamo. Ad esempio: *delirio* significa fuori dal solco (in latino *lira*), *schizofrenia* significa mente separata (dalla nostra comunità), *dis-sociata* perché non con-sociata, *ossessione* significa essere assediati (dal latino *obsidēre*) da un potere estraneo, con allusione al potere demoniaco, e così via. Ma nell'uso di questi termini viene smarrito il loro carattere comparativo (l'estraneo a confronto con il famigliare) per assumere un carattere denotativo di un oggetto di osservazione, analogamente a quel che indicano termini medici come polmonite, neoplasia, setticemia, ecc. E su queste nominazioni si costruiscono sistemi nosografici per cui *dissociazione* significa un supposto mancato raccordo tra funzioni della mente dell'oggetto osservato, così come il delirio è l'uscire dalle righe dell'unica logica pensabile (quella nostra con cui osserviamo e giudichiamo) di una mente oggettivamente guasta, e così via.

Mentre il sintomo in medicina appare al giudizio dell'osservatore indipendentemente dal contesto esistenziale del malato, è proprio questo contesto che rende un comportamento comprensibile e quindi condivisibile oppure tanto incomprensibilmente estraneo da dover essere combattuto come un male che minaccia la quiete domestica della comunità cui apparteniamo e di cui ci costituiamo come i vigili custodi (Foucault). Possiamo, ad esempio, ben dire che la certezza irriducibile sulla verità dell'esistenza di un ente invisibile, un Dio o un diavolo, si presenti con la medesima fenomenologia di un delirio "laico", e che i

riti connessi a questa certezza si presentino con i medesimi caratteri coattivi di qualsiasi altro evento ossessivo, e che l'umore penitenziale di chi si autoinfligge i più crudeli sacrifici (magari fino al sacrificio estremo di sé) non è meno nero dell'umore del malinconico, e così via. Ma se noi comprendiamo, perché culturalmente condividiamo, le pratiche inscritte in un'istituzione religiosa, esoneriamo i "fedeli" da ogni connotazione diagnostica e risparmiamo loro ogni nostro affanno terapeutico.

Kant sviluppando l'enunciato da me riportato in epigrafe sostiene che in qualsiasi forma di disordine mentale, nel senso di un prevalere di un *senso privato*, si può rilevare una

> *"sragionevolezza positiva", cioè un'altra regola, come se l'anima fosse "spostata" in un punto dal quale vede tutti gli oggetti diversamente, e si trova in un luogo lontano da quel* sensorio communi *che è necessario per l'unità della vita.* […] *Ma è* degno di meraviglia *il fatto che le forze dell'animo messe in disordine si compongano tuttavia in un* certo sistema*, e che la natura cerchi di portare anche nella sragionevolezza un* principio di collegamento*, affinché il pensiero, quand'anche non possa giungere obiettivamente alla vera cognizione delle cose, pure dal lato soggettivo non rimanga inerte appoggio alla vita animale*». [corsivo mio]

A. Gaston riprende la prospettiva kantiana sostenendo che

> *ci accorgiamo con "meraviglia", appunto, che tutto il mentale continua a comporsi in un certo sistema e che, al di là del disordine immediato, esiste una tendenza a un altro ordine, un rimando a un altro livello di senso, che afferriamo intuitivamente, ma con il quale non riusciamo a stabilire una relazione significativa. Questo diverso livello di senso si coniuga, come l'osservazione clinica ci mostra quotidianamente, sotto il rigido cono d'ombra del senso privato, logico e, bisogna aggiungere, emozionale. Dalla perplessa, angosciosa e totale me-concernenza dell'esperienza delirante alla monotona e vuota lamentela sulla perdita del depresso, dall'incombenza somatica dell'ipocondriaco alla rabbiosa ripetitività dell'ossessivo, la più o meno profonda prevalenza del* prìvatus *sul* communis*, nota o ignota, voluta o subita, parziale o totale, ci* disloca *in un altro luogo nel quale la nostra continuità si colora più o meno intimamente di alienità.*

Il *certo sistema* che viene proposto da queste citazioni non è creato *ex-novo* da chi è sottratto alle norme del senso comune, ma è trasposizione

nella *realtà presente* del soggetto di una sua *realtà storica*: questa realtà consiste nella normalità, o *normatività*, che ha caratterizzato il complesso sistema relazionale originario a cui il soggetto è rimasto fedele. Narciso fu segnato, nella sua breve vita, dall'intenzionalità materna che il mito vuole modulata sull'ammonimento di Tiresia («*Tuo figlio vivrà fin tanto che non conoscerà se stesso*», il che significa «*fin tanto che rimarrà raccolto nel grembo coscienziale di te madre*») e, ligio a questa "norma", evitò qualsiasi relazione conservandosi in una solitudine che potremmo chiamare "autistica". Fino al giorno in cui rispecchiandosi come d'abitudine in uno specchio d'acqua non vide questo increspars per un soffio dispettoso di Zefiro, il vento di primavera, e vide quindi scomparire la sua immagine fusa con l'acqua: non più, in questa immagine, un Narciso *riflettente* la sua condizione esistenziale di un tutt'uno con l'intenzionalità materna, ma, improvvisamente, un lui stesso *riflessivo* sulla propria auto-nomia, sul suo sapere di sé emergente dalla norma che lo aveva fin lì condotto. L'insopportabile angoscia per questa lacerazione lo indusse a trafiggere il suo cuore e a morire. Questa versione del mito è preferita da Graves rispetto all'altra più diffusa per cui Narciso, innamorato della propria immagine, nel tentativo di congiungersi ad essa abbracciandola, finì con l'annegare. Freud adottò questa vulgata che, non tenendo conto del mito nella sua interezza – e di conseguenza del *senso privato* del comportamento di Narciso come riassunto nel monito di Tiresia –, si prestava ad essere utilizzata come solenne testimonianza della pulsione libidica rivolta al proprio corpo piuttosto che ad un oggetto esterno.

Il carattere tragico dell'apertura dell'esserci alla conoscenza permea tutta la cultura e la mitologia dell'antica Grecia, nei termini dell'Eroe che sfida il destino (*moira*) o perseguendo un suo personale progetto di mondo o cercando di sottrarvisi con avventurose strategie (Napolitani, 2003). Ma il destino non *soccombe* al libero arbitrio dell'uomo ma *incombe* su di lui fino a costringerlo ad uniformarsi al proprio immutabile disegno, al suo essere l'*Uguale* nel suo "eterno ritorno" (Nietzsche, 1882-1886). Un profondo mutamento nella visione del rapporto tra uomo e destino si annuncia nel mito biblico dove la prima donna, Eva, si lascia sedurre dal proprio *daimon* per accedere nel sapore di un frutto proibito alla conoscenza di sé, della differenza di genere dell'Altro da sé, della scoperta della comune creatività esposta alla fatica del lavoro, al dolore del parto, ad un consapevole orizzonte di mortalità. Lo stesso Freud concepisce il destino come una configurazione del potere determinante del Super-io sulla vita del soggetto umano, per cui afferma (1924):

> *Ma tutti coloro che attribuiscono il governo del mondo alla Provvidenza, a Dio, o a Dio e alla Natura, destano il sospetto di considerare ancor sempre queste potenze ultime e remote come una coppia di genitori (in senso mitologico) e di sentirsi ad esse legati da vincoli libidici.*

Ma per Freud si tratta pur sempre di una faccenda fisica, "economica", nel gioco tra le pulsioni dell'oggetto-psiche quanto istituisce l'istanza morale, dovunque la si "proietti" e quale che sia il suo modo di declinarsi nell'esistenza del soggetto, tanto da nominare "nevrosi di destino" quell'insieme di comportamenti che si riassumono nella diagnosi di masochismo, per cui specifica (*ibid.*):

> *Il masochismo induce nella tentazione di commettere azioni "peccaminose", che dovranno poi essere espiate o sopportando i rimproveri della* coscienza sadica [corsivo mio] […] *o tollerando i castighi inflitti da quella grande autorità parentale che è il destino. Per provocare la punizione di quest'ultimo rappresentante dei suoi genitori, il masochista deve agire in un modo dissennato e contro i propri interessi, deve distruggere le prospettive che gli si aprono nel mondo reale, ed eventualmente deve distruggere la propria reale esistenza.*

L'accenno che Freud fa qui alla "coscienza" non rimanda dunque al *cum-scire* originario, alla dimora (in greco *ethos*) costruita dalle persone fisiche della famiglia insieme al neonato con i suoi dispositivi protomentali, ma esprime una fantasiosa costruzione "scientifica" dell'etica esclusivamente sulla base di energie pulsionali solipsisticamente prodotte dal figlio ed immaginariamente elaborate lungo le diverse età della sua vita.

Il senso privato di cui ci parla Kant e che viene ripreso da Gaston per designare l'alienità di alcune esistenze o di particolari comportamenti rispetto al senso comune si riferisce al contrario ad esperienze relazionali che hanno *concretamente*[2] caratterizzato la dimora originaria, ovviamente con una predominanza delle logiche emozionali, delle intenzionalità dell'ambiente rispetto alla relativa "semplicità" delle codeterminazioni del neonato. Fin tanto che queste esperienze non vengono esposte ad una conoscenza riflessiva esse persistono come il fondamento del senso privato che modula, in parte o *in toto*, ogni successiva esperienza di rapporto dell'individuo con il mondo.

[2] *Concretum* è il participio passato del verbo *concrescere*, che ha la medesima radice del verbo *creare.*

## II. COSCIENZA

*La coscienza è qualcosa di cui conosciamo il significato*
*finché nessuno ci chiede di definirla.*
G. Edelman

*Se spiegare la mente è l'estrema frontiera della scienza della vita,*
*spesso la coscienza pare l'estremo mistero nella spiegazione della mente.*
*Per alcuni è un mistero insolubile.*
A.R. Damasio

*Invece di cercare di trovare un "ingrediente in più"per spiegare come la coscienza emerga dalla materia e dal cervello, la mia proposta riformula il problema nei termini di un tentativo di trovare delle connessioni significative tra due irriducibili domini* [*fenomenici.*

*La riduzione fenomenologica non "scopre" qualche territorio oggettivo,*
*ma produce piuttosto nuovi fenomeni all'interno del dominio esperienziale,*
*con uno schiudersi di molteplici possibilità.*

*La seconda sfida lanciata dalla mia proposta* [*la neurofenomenologia*] *è quella dell'esigenza di trasformazione dello stile e dei valori della stessa comunità dei ricercatori. Se non accettiamo il fatto che, a questo stadio della nostra storia intellettuale e scientifica, è necessaria una sorta di ri-apprendimento radicale,*
*non possiamo sperare di fare un passo avanti e spezzare la ciclicità storica di fascinazione-rifiuto della coscienza nella filosofia della mente e nella scienza cognitiva.*
F. Varela, 1997

Sostiene J. Jaines che i contenuti della coscienza sono altrettanti "analoghi" di quanto chiamiamo mondo reale e che per indicare questi analoghi non abbiamo parole specifiche, per cui siamo costretti a costruire metafore che approssimativamente alludano all'intenzione di significato (detta da Jaines "*struzione*") che intendiamo esprimere. E della metafora questo Autore distingue il *metaferendo*, che è la cosa che cerchiamo di esprimere a parole, dal *metaferente* che è l'immagine, derivata dall'esperienza del mondo reale, che adoperiamo per realizzare, comunicare, l'intenzione di significato. Egli porta questo esempio: «Se dico che la nave solca il mare, il metaferendo è il modo in cui lo scafo procede attraverso l'acqua, il metaferente è l'azione dell'aratro». Seguendo questo suggerimento possiamo applicare alla stessa parola "coscienza" il carattere di una metafora, dove il metaferendo è la cosa che sfugge ad ogni nostra possibilità di definizione (v. la citazione di Edel-

man riportata qui sopra) ed il metaferente è l'esperienza reale del sapere (*scire*) unita all'esperienza del "*con*". Del "sapere" sappiamo in base ad una immediata esperienza empirica elaborata in termini razionali, con quella razionalità che è stata per eccellenza rappresentata dalla parola "scienza": il "sapere" è un fenomeno di cui si sa primariamente in una dimensione soggettiva ("so di sapere") che viene certificato attraverso quel metodo di comunicazione e condivisione che è la scienza. Anche il "*cum*" rimanda ad un'esperienza empirica quale ad esempio è evocata dalla voce "compagno", dal tardo latino *cum* e *panis* = "che mangia lo stesso pane". Il mistero della voce coscienza risulta dalla combinazione strutturale di due termini pertinenti a due ambiti esperienziali contrapposti, quello della singolarità soggettiva e quello della insiemità oggettiva, quello dei *qualia* dell'esperienza vissuta e quello dei *quanta* dell'esperienza empirica. La coscienza è un tipo di sapere radicalmente condiviso che, nelle sue radici, nasce da un accoppiamento di due enti separati e pure razionalmente indistinguibili, e che si manifesta nei modi di un imperativo nelle condotte umane.

L'aporia che qui propongo – l'essere una cosa assolutamente singolare e strutturalmente plurale – è uno dei tanti modi con i quali il pensiero scientifico e quello filosofico cercano di affrontare oggi il problema della dualità fenomenica di *res extensa* e di *res cogitans*. Dalla contrapposizione tra il dualismo cartesiano – due fenomeni appartenenti a dominii ontologici irriducibili l'uno all'altro – e il riduzionismo biologico – il mentale, in tutte le sue accezioni, è il prodotto del cervello in cui si manifesta –, si passa oggi al tentativo di riformulare questo problema attraverso la creazione di un campo cognitivo unitario scientifico-filosofico. È quel che tra gli altri si propone Varela con la sua *Neurofenomenologia* di cui dice, come riportato qui in esergo: «la mia proposta riformula il problema nei termini di un tentativo di trovare delle connessioni significative tra due irriducibili domini fenomenici».

Il cardine intorno a cui ruota la mia proposta di "connessione significativa" è la storicità di ogni evento sensibile, ivi compreso quanto includiamo nella voce mente o coscienza. Nella letteratura scientifica e filosofica questi fenomeni vengono per lo più riguardati o come proprietà specificamente umane o come proprietà del vivente a diversi livelli di complessificazione evolutiva. Ma, comunque, si tratta di funzioni presenti sin dall'origine filo od onto-genetica dell'individuo, come analoghi delle strutture biologiche che si sviluppano linearmente dai primi abbozzi fino alle forme compiute nell'essere umano adulto. La psicoanalisi sembra occuparsi della genesi e dello sviluppo della cosa "psiche" ma in una prospettiva sostanzialmente riduzionista:

1. la "psiche" è ridotta ad un complesso di funzioni che consentono di adattare alla "realtà" energie primitive e comuni a tutti i viventi la cui intrinseca anarchia non consentirebbe all'animale uomo di sopravvivere;

2. la "realtà" viene ridotta all'insieme degli "oggetti" predisposti naturalmente per il soddisfacimento dei bisogni pulsionali dell'individuo;

3. il disegno dell'esistenza umana è ridotto nella sua chiusura tra una condizione iniziale di immaturità ed una condizione finale di maturità, in analogia ad ogni forma vivente vegetale o animale;

4. questo disegno si compie attraverso il passaggio e il superamento di fasi o stadi evolutivi che si distinguono per la parte del corpo di volta in volta assunta come il centro del cosmo individuale, per cui sono nominati fase *orale*, *anale*, *fallica* e *genitale*.

Questa visione evolutiva è senza *storia*, dizione con la quale si fa usualmente riferimento al succedersi di eventi culturali, istituzionali, politici imprevedibili nel loro mutarsi ed aperti a sviluppi di cui non è concepibile un traguardo di compiuta perfezione. Ciò che del resto lo stesso Freud ammette esplicitamente quando, abbandonando una visione casuale, relazionale, storicistica della genesi della sofferenza mentale (la teoria traumatica e le correlate neuropsicosi da difesa), afferma esplicitamente di non considerare più i racconti dei pazienti relativi alla loro infanzia come "storie famigliari" bensì come "romanzi" prodotti da fantasie malate per rimozioni, sublimazioni, dislocamenti e altri meccanismi di difesa.

In *Individualità e gruppalità* mi sono soffermato sulla vicenda esistenziale di Freud che segna il suo passaggio da una prospettiva storicistica ad una visione riduttivamente biologistica della mente individuale[3]: questo giro di boa avviene in seguito alla morte del padre e viene sancito nella stesura de *L'interpretazione dei sogni*, iniziato nel 1897, l'anno successivo a questo evento luttuoso. Nel capitolo *Sogni tipici* egli dedica un paragrafo a *I sogni della morte di persone care* in cui assume la tragedia di Sofocle *Edipo re* come se fosse una compiuta trascrizione del mito di Edipo presente nella tradizione orale dell'antica Grecia. Questo mito comprende nella sua interezza – come Graves ci mostra – la preistoria di Edipo, centrata sulla figura del padre, Laio,

[3] In *Al di là del principio di piacere* Freud sancirà questa sua visione scrivendo: «Mi pare che l'evoluzione del genere umano fino a questo momento non abbia affatto bisogno di una spiegazione diversa da quella che vale per gli animali; quell'infaticabile impulso verso un ulteriore perfezionamento che si può osservare in una minoranza di individui umani può essere facilmente spiegato come conseguenza della rimozione pulsionale su cui è fondata la civiltà umana in tutto ciò che ha di più valido e prezioso».

che, esiliato da Tebe, trovò ospitalità presso il re Pelope. Qui egli sedusse il giovane figlio del suo ospite, Crisippo, e quando il suo esilio fu revocato, lo rapì e lo condusse con sé a Tebe dove ne causò la morte. In una delle versioni del mito, Pelope si rivolse a Giove perché a Laio toccasse una giusta punizione: Giove accolse l'appello e decretò che un figlio di Laio lo avrebbe ucciso e ne avrebbe preso il posto accanto a Giocasta, riparando così anche la sterilità di lei dovuta all'omosessualità del coniuge. Non possiamo ovviamente immaginare la ragione che indusse Sofocle a prendere di questo mito solo la parte conclusiva, facendo di Edipo un eroe negativo in quanto parricida e incestuoso, come se queste declinazioni della sua esistenza fossero derive di un suo destino personale e non strettamente connesse alle vicende paterne. Ma non è azzardato supporre che Freud, dopo la morte del padre, si sia agganciato al dramma di Sofocle – e non al mito di Edipo – per proporre come principio universale la potenziale delittuosità di ogni figlio nei confronti di genitori vissuti come puri oggetti di scarico di "naturali" pulsioni libidiche e aggressive. Del resto lo stesso Freud ha avvertito questa problematica "coscienziale" quando nella prefazione alla seconda edizione del suo libro afferma (p. 5):

> *Esso mi è apparso come un brano della mia autobiografia, come la mia reazione alla morte di mio padre, dunque all'avvenimento più importante, alla perdita più straziante nella vita di un uomo.*

Mi servo di questo episodio drammatico come di una singolare suggestione per sviluppare il mio discorso sulla coscienza. Non presumo certamente di "analizzare" le vicende storiche dell'uomo Freud, ma assumo questa sua "scelta", che ha determinato la specifica posizione della sua opera nella cultura moderna, come una grande metafora, in modo analogo alle metafore che i fatti della vita e i loro racconti offrono ai loro interpreti. In questa prospettiva mi chiedo che cosa abbia potuto "convertire" Freud, sì da indurlo ad abbandonare la strada da lui inizialmente intrapresa sul carattere strutturalmente relazionale del fenomeno "mente", per conformarsi ad una visione che presenta un doppio *metaferente*:

1. è attendibile pensare che la sua educazione si sia compiuta secondo la rigorosa tradizione ebraica, che pone il padre come la figura dominante della famiglia, ad "immagine e somiglianza" della figura del Creatore. Come nel mito della Genesi furono i figli, indotti dal Maligno, a diventare causa dei loro mali, così per tutti i figli a venire sarà il

loro anarchico Es a provocare la punizione del loro padre interiorizzato (v. sopra le citazioni sul "masochismo").

2. Freud è un medico, per cui egli si forma in un orizzonte scientifico e professionale che fa del corpo l'oggetto della ricerca e della pratica curativa. Ed il corpo è un "oggetto"[4] ordinato secondo una esatta architettura (l'anatomia) ed altrettanto esatte funzioni, comprese quelle senso-percettive o comportamentali (la fisiologia) e tutto ciò che altera questo ordine è *aitìa* (in greco = causa del male). Non può che essere altrettanto fisica la causa della "patologia psichica", e, nel rinnegare i suoi *neurotica* (termine che allude ad un'ipotesi strutturalmente relazionale della mente), Freud rientra nel proprio alveo culturale, sia individuando nelle energie fisiche individuali le cause dei disordini mentali, sia sottraendosi allo scandalo di una desacralizzazione delle immagini genitoriali, in particolare quella del padre.

Nell'aforisma 90 (*Il bene e la buona coscienza*) di *Umano, troppo umano*, Nieztsche afferma:

> *Credete voi che tutte le cose buone abbiano avuto in tutti i tempi una buona coscienza? La scienza, ossia qualcosa di molto buono, è entrata nel mondo senza di essa, e del tutto priva di ogni pathos, piuttosto clandestinamente, per vie traverse, avanzando col capo velato o mascherato, simile a una delinquente e sempre almeno col sentimento di una contrabbandiera. La buona coscienza ha la cattiva coscienza come primo grado non come contrapposto: giacché ogni cosa buona è stata una volta nuova, per conseguenza inusitata, contro il costume, immorale, e ha roso il cuore come un verme al fortunato inventore.*

Alla luce di questo aforisma che, senza particolari difficoltà, possiamo riconoscere nell'esperienza di chiunque abbia proposto nuove ipotesi scientifiche capaci di portare disordine in quanto già stabilmente istituito, possiamo forse comprendere il dramma freudiano, rinunciando a "spiegarlo" nei termini di una scelta razionalmente compiuta. S.H. Foulkes, noto in Europa come il fondatore della gruppoanalisi[5], usa il termine "resistenza" per indicare la tenace opposizione dell'ambiente

[4] Nessuna menzione fa Freud della distinzione che si andava profilando nella cultura tedesca proprio nella sua epoca tra corpo anatomico (*Körper*) e corpo vivente (*Leib*), dizione quest'ultima che a partire da Husserl viene riproposta da tutto il pensiero fenomenologico ad indicare la natura dell'essere umano, in quanto esistenza (*Dasein*).

[5] In un mio recente lavoro (2008b) mi avvalgo delle ricerche di Edi Gatti Pertegato per affrontare la misteriosa "rimozione" del vero fondatore della gruppo-analisi, Trigant Burrow, dalla storiografia gruppoanalitica.

psicoanalitico alla proposta gruppoanalitica di una mente fenomenologicamente intesa. Egli scrive:

> *La mente non è una cosa che esiste ma una serie di eventi che si muovono e procedono ad ogni istante. La difficoltà che la gente ha ancora nel campo della psicoterapia e al di fuori di essa nell'accettare la mia ipotesi come una base per comprendere e per intervenire, si può parzialmente spiegare come l'usuale incapacità e riluttanza ad imparare qualsiasi cosa nuova. Imparare qualcosa di nuovo implica il cambiamento dell'intero atteggiamento di una persona riguardo ad un certo numero di cose, riguardo a se stesso e riguardo al mondo in cui si vive. Io credo, tuttavia, che ci sia una resistenza del tutto specifica contro l'accettazione dei processi mentali come multi-personali, una resistenza basata sulle conseguenze personalissime e generali che derivano dall'accettare questa verità.*

Recentemente (2008a) mi sono servito di una metafora per indicare l'intreccio tra quel che con Dilthey indichiamo come esperienza vissuta (*Erlebnis*) e l'esperienza empirica (*Erfahrung*) nel rapporto con un ambiente storicamente definito:

> *Utilizziamo ora una nuova metafora per alludere alla relazione tra le due forme di esperienza: possiamo rappresentarci l'insieme dell'esistenza cognitiva come un tessuto, che risulta dall'intreccio tra i fili di una trama e quelli, a essa perpendicolari, di un ordito. Se usiamo l'immagine della trama per intendere l'insieme delle cose, dei fatti, dei tempi che costituiscono la messa in scena di un racconto, possiamo utilizzarla per indicare quanto è misurabile, registrabile, "oggettivo" per chiunque vi partecipi – l'autore, l'attore, lo spettatore. Se parliamo dell'ordito (la medesima radice di ordine), possiamo invece indicare il modo assolutamente singolare con cui quei dati oggettivi si compongono nella mente di chi, a qualsiasi titolo, li osserva. La medesima trama può quindi intrecciarsi con gli orditi più diversi, dando luogo a "tessuti" cognitivi, al limite, incompatibili tra loro. Incompatibili non perché diverse sono le trame, ma perché diversi sono i modi con cui esse vengono "ordinate".*
>
> *L'ordine cui faccio originario riferimento è l'ordito che tipicizza la dimora, l'ethos, in cui è gettata l'esistenza ai suoi albori, è l'insieme di eventi che si replicano con una regolarità tale da rendere del tutto singolare l'ambiente in cui l'individuo nasce e viene allevato. Gli eventi non consistono solo nei fatti oggettivi e la loro regolarità non va ridotta solo alle cadenze temporali e agli stereotipi comportamentali del-*

> *le persone che coabitano nella medesima dimora, ma essi sono anche, prima di tutto, carichi di intenzionalità che variamente si intrecciano e che investono il nuovo nato che sin dall'inizio co-costruisce gli eventi con i suoi rudimentali dispositivi protomentali. Se per gli adulti questo mondo è anche osservabile, confrontabile e maneggiabile come un insieme di parti discontinue cui una razionalità può applicarsi con la propria discrezionalità volitiva, il bambino vi è totalmente immerso come in un continuum indifferenziato che è la "sua" normalità assoluta che lo rende tutt'uno con essa. L'esperienza vissuta di questa protocondizione esistenziale è il nucleo coscienziale, l'ordito iniziale che andrà progressivamente infoltendosi e intrecciandosi con la trama delle successive esperienze empiriche.*

Kant allude al concetto di normalità quando si riferisce alla pazzia, definendo questa come "perdita del senso comune" e quindi comparsa di un "senso logico privato": quale la differenza tra senso comune e senso privato? "Senso" indica la capacità di sentire, avvertire, distinguere, intuire, e quando il giudizio o il comportamento che ne consegue è condiviso dalla comunità in cui questi si manifestano allora se ne parla come di un *senso comune*, quindi di un *buon senso*. Quando manca questa condivisione, Kant non parla di non-senso, d'insensatezza, ma di *senso privato*, per cui, a prescindere dal grado di condivisibilità delle sue espressioni, tutti gli esseri umani sono dotati di un senso attraverso il quale conferiscono senso.

Ma che cosa è "comune"? Dal Vocabolario etimologico Pianigiani: «*comune* dal latino *communem* composto da *cum* e *munis* col significato di *prestazione*, e quindi *co-obbligato*, obbligato a partecipare cioè a dare, col diritto di ricevere alcuna cosa, alcun ufficio o beneficio»; il contrario di *immune* col significato di *libero da prestazioni*, o, nel linguaggio biologico, refrattario a contagi, infezioni. Quindi il senso è comune quando le sue espressioni linguistiche, affettive, cognitive, sono negoziabili all'interno di una determinata comunità, sono cioè tali da consentire scambi di prestazioni vincolate da medesimi parametri normativi, agiti nel medesimo ordine di valori.

Che cosa è "privato"? Letteralmente, quanto è esonerato da co-obbligazioni "comuni", quanto è sottratto ad un *munis* condiviso: privato e immune diventano così sinonimi. Ma per quanto "privato", il senso rimane comunque senso, nella sua specifica congruenza logica, anche se le sue manifestazioni si producono in uno spazio/tempo pertinente ad una storia tanto personale (cioè *comune* a un nucleo famigliare originario) da escludere possibilità di riconoscimento da parte di chi non vi ha attivamente partecipato. E se volessimo utilizzare la metafora del "tes-

suto", potremmo dire che anche qui vi sono trame e orditi ma che questi fili sono alle loro estremità ritorti in modo da non potersi intrecciare con trame e orditi di altri tessuti: il tessuto "privato" tende a restare sempre uguale a se stesso senza "contaminarsi" con altri.

Vedremo in seguito come questi enunciati astratti hanno il loro fondamento incarnato nelle esperienze vissute di ciascun individuo umano e nelle strutture culturali, sociali, che variamente le rispecchiano. Ma non possiamo lasciare Kant prima di aver riflettuto sulla seconda citazione riportata in epigrafe, sul suo folgorante riferimento alla "più violenta tra le passioni", quella per la libertà. Non è neanche concepibile la nozione di libertà se non facendo riferimento all'essere totalmente sottoposto "all'arbitrio dell'altro": questa, e soltanto questa, è la condizione in cui si accende la passione per la libertà. Questa è la condizione nella quale tutti siamo nati e cresciuti all'origine della nostra storia personale, ed è una condizione che persiste nella coscienza anche quando i processi di emancipazione si sono avviati in modo tanto consistente da distinguere il Sé dall'altro e di trovare nella parola il tramite eccellente per le negoziazioni "comuni". Ma Kant presta attenzione ad un fenomeno bizzarro nella logica del senso comune: «*Chi può essere felice soltanto in base all'arbitrio di un altro (sia poi questo tanto benevolo quanto si vuole), si sente a ragione infelice*». Felicità e infelicità che coincidono segnano la linea di confine tra il *claustrum* di un senso privato che non si dimette e l'*agorà* del senso comune che si spalanca sotto la passione per la libertà. Ed è di questo bilico che mi accingo ora a trattare.

## III. Identità

L'identità (da *idem*, il medesimo) è il termine che indica la consapevolezza di un ente razionale di essere sempre il medesimo e distinto da tutti gli altri: unico. Egli può dire: alcuni tratti caratterizzanti la mia fisionomia, il colore della pelle o dell'iride, la mia statura a compimento dei processi di crescita, e poi, il mio nome e cognome, data e luogo di nascita, la mia ascendenza prossima secondo certificazione dei miei documenti anagrafici, sono tutti "dati" che nella loro combinazione formano quell'insieme che definisco la mia identità. Ma questi sono, letteralmente, "dati" per i quali si giustifica l'espressione ricorrente: «Sono "fatto" così». Ma "dati" e "fatti" presuppongono un agente o un insieme di agenti (biologici, culturali, fisici) che nel loro combinarsi variamente hanno prodotto quel me stesso di cui ho una consapevolezza razionale, della stessa natura della consapevolezza che ho di qualsiasi

altro oggetto nel mondo. Conosco la mia identità come conosco tutto ciò che casualmente mi trovo gettato contro (*ob-jectum*) e dal momento in cui ho consapevolezza di questa oggettività so di esserne dipendente, assoggettato, di esserne il *sub-jectum*. E al tempo stesso in cui acquisto cognizione di quanto nella sua separatezza *mi* è gettato contro, il "*mi*" diventa rilevante nella mia ragione e ne nasce quell'esperienza di soggettività che nel declinarsi come desiderio, come anticipazione di un futuro possibile, e quindi come volitività, mi induce ad un atto di maneggiamento di quello stesso oggetto da cui sono necessariamente dipendente. È qui che si accende "la più violenta tra le passioni dell'uomo" (vedi sopra), l'anelito di invertire la condizione iniziale di dipendenza dall'oggetto in una condizione non solo di maneggiamento, di uso, di godimento dell'oggetto, ma anche di sue trasformazioni.

Si può forse dire che il primo *ob-jectum* che si presenta alla sensorialità del neonato sia il proprio corpo quando questo si fa "sentire" *dolorosamente*: fame, contrazioni viscerali, freddo, particolari posture e quant'altro possa alterare la quiete in cui quel corpicino *con-siste*. Uso questo verbo per indicare quel modo dello stare (*sistere*) qualificato dal *cum* (l'essere tutt'uno con) analogamente a quel che abbiamo visto per la parola coscienza (*cum-scire*) contrapposta ad un sapere singolare che rompe la quiete di un sapere assolutamente condiviso. La perdita della "consistenza coscienziale" espone l'uomo alla necessità di un proprio atto, di un proprio personale muoversi al di fuori del perimetro del proprio originario *sistere*, di accedere alla propria *ex-sistenza*. Con questo atto di apertura si *trans-forma* la mia identità: essa è originariamente solo nella mente degli dei, nel sapere e nelle mani di chi mi ha messo al mondo, ed io posso solo lentamente e dolorosamente scoprirla quando essa mi "colpisce" in tempi e modi così ripetitivi da apparirmi analoga a qualsiasi altra *datità* del mio ambiente. È solo in questa esperienza vissuta (l'*essere dolorosamente colpito*) e non per l'esperienza sensoriale in sé, che si annuncia una mia primitiva consapevolezza di essere *sub-jectum*, assoggettato, all'insieme degli *ob-jecta* che costellano il mio ambiente, ivi compresi il mio corpo e gli atti che quasi automaticamente, ripetitivamente esso esprime.

Prima di accedere ad un'esperienza di soggettività, non in quanto *essere soggetto a*, ma in quanto *essere soggetto di*, l'essere umano è totalmente immerso nell'"arbitrio di un altro" (v. la citazione di Kant) che lo "apprende", lo assume nella propria esistenza non come *ob-jectum* a sé, ma come elemento costitutivo del proprio stesso essere *sub-jectum*: la madre è quella donna che si trasforma, deformandosi, nel momento lungo della propria generatività. In questa *apprensione*, sia nel senso della fisicità di questo assumere come proprio il nascente, sia nel senso

della specifica inquietudine che questa sfida le provoca, ella pratica il suo trascendersi nel suo essere simultaneamente dentro e al di là della propria identità, ella è dentro il suo bambino pur restando ancorata alla propria medesimità. Questo trascendersi è un atto di conoscenza non razionale, discreta, separata e separante, ma è l'atto di una cognizione rivolta ad un oggetto-in-divenire, animato solo dalla in-tenzione penetrante del soggetto che ne fa intima esperienza. Attraverso l'intenzionalità la madre abita con le sue memorie e le sue attese, con il suo passato ed il suo futuro, con le sue speranze o la sua disperazione, il possibile *oggetto-che-diviene-suo-figlio.*

Di queste vicende cognitive della madre possiamo parlare perché possiamo argomentare su un'esperienza comune a tutti gli esseri umani in procinto di dar vita ad un oggetto in divenire (non solo bambini, ma idee, progetti, sogni); ciò di cui non possiamo parlare è della nostra esperienza in quanto noi stessi oggetti in divenire, poiché quest'esperienza vissuta all'inizio della vita in modo totalizzante, è immersa nell'oblio di un'età non sufficientemente matura perché possano essere registrate (memorizzate) le proprie esperienze. Possiamo solo congetturare il tipo di corrispondenza a cui il neonato è disposto nei confronti dell'intenzionalità materna, sia avvalendoci di tutti quei momenti che da adulti viviamo come "stato nascente", sia appoggiandoci a quanto ci raccontano quelle neuroscienze che si appoggiano, a loro volta, al pensiero fenomenologico.

## IV. Lo stato nascente

L'espressione "stato nascente" è riferita originariamente a particolari caratteristiche di aggregati sociali nel loro muoversi contro o oltre le istituzioni, cosa che Max Weber fa derivare dal potere carismatico di un capo che induce nei suoi seguaci una fede assoluta in ciò che profeticamente annuncia secondo la formula «sta scritto, ma io vi dico». Francesco Alberoni (1971) attribuisce lo stato nascente a quegli aggregati sociali che condividono una visione per la quale si traguarda una nuova condizione di libertà contro i limiti imposti dall'ordine dominante assunto fin lì come un assoluto. Pur condividendo con Weber la natura collettiva dello stato nascente, egli non lo fa strettamente dipendere dal potere carismatico di un capo, ma piuttosto da una *conversione* repentina di un gruppo, di una coppia o anche di un singolo individuo ad una nuova visione del mondo o del proprio rapporto col mondo (p. 63).

> *Il convertito rompe coi vecchi valori e con il suo entroterra di relazioni stabilite in forza della acquisita consapevolezza di valori universali non riducibili al passato che gli appare contingente. Egli "nasce" una seconda volta ad una nuova vita che si presenta a lui come dialetticamente antitetica a quella antica. Egli va apertamente verso la verità ed agisce e parla in nome della necessità di vero. Ma la verità è ad un tempo la verità del valore che non è mai contingente e la verità della contingenza. Ritroviamo così la polarità fondamentale del* collective behavior *di gruppo. La verità è il luogo di convergenza storica e dialettica dei due momenti.*

La *conversione*[6] così intesa è espressione dell'apertura dell'esserci, del suo anelito a sgusciare dallo stato di dipendenza che lo rende "felicemente infelice". Ma il concetto di conversione viene applicato in genere a quel fenomeno di cambiamento per il quale un individuo o un intero aggregato di individui sospinto dalla "più violenta tra le passioni umane" mira a raggiungere un maggiore grado di libertà e di verità rispetto ad una condizione precedente nella quale libertà e verità gli risultano ora, dal vertice di una nuova visione, costrette in una rete di relazioni non più significata come un assoluto ma come un ingombro, un impedimento da abbattere. Ma c'è una conversione originaria: l'uomo non è sin da subito "uomo", ma egli è quell'animale che persiste nel suo processo di mutazione dalla specie da cui proviene, è un animale-che-si-fa-uomo, senza mai raggiungere una stabilità di specie come l'evoluzione mutativa garantisce ad ogni specie che si perfeziona in una nuova organizzazione biologica. L'uomo è cioè quell'organizzazione vivente che mancante di una perfetta corrispondenza tra i suoi dispositivi organismici e il suo proprio ambiente (Gehlen), deve farsi un ambiente adeguato ad un se stesso in continua formazione, ad un se stesso coincidente con il suo processo *antropopoietico*, secondo la voce ponderosamente documentata da Francesco Remotti. E il "farsi uomo" significa entrare in contatto non solo con le cose nella loro semplice nudità (quelle cose preselezionate dai dispositivi istintuali e ad essi immediatamente corrispondenti) ma prevalentemente con cose, ivi compresa la propria identità, già da subito vestite di valori simbolici. Clifford Geertz mette poi in evidenza che ciò che risulta da questi in-vestimenti è la cultura che nelle sue istituzioni è una cosa neo-formata dai processi antropopoietici e, come tale, è aperta a interpretazioni che rientrano ri-

[6] Questo termine va qui inteso non secondo l'uso comune per cui si viene convertiti *da* qualcuno o ci si converte *ad* un credo già istituito, ma va inteso come un'emergenza auto-ri-organizzativa (Morin, 1986) delle proprie strutture cognitive, attuali o potenziali.

corsivamente nei processi culturali e che quindi indefinitamente trasformano gli oggetti culturali a cui si applicano (tr. it., p. 92):

> *Noi siamo animali incompleti o non finiti che si completano e si rifiniscono attraverso la cultura – e non attraverso la cultura in genere, ma attraverso forme di cultura estremamente particolari.*

Il *simbolo* è un concetto tanto evanescente e così controverso nell'ampio dibattito che si accende per definirlo quanto lo è il concetto *mente* o *coscienza* da cui è espresso e che, ricorsivamente, forma. Esso è il modo con cui si manifesta al suo esordio l'atto cognitivo in quanto atto concepitivo, trasformativo, metapoietico del mondo che l'uomo abita. Esso non entra nell'ordine dei significanti – i segni che informano qualcosa di un ente non concretamente presente – e il suo autore non è un "chi" individuale o collettivo, un Io conscio o inconscio, ma una co-esistenza, il radicale *Mit-dasein*; esso resterebbe totalmente in ombra se non ci fosse un apparato razionale che lo raccogliesse e che lo interpretasse. È quel che capita col sogno, struttura simbolica per eccellenza, che si presenta nel silenzio del mondo come una figura enigmatica di bizzarri componimenti cronotopici e multipersonali: il suo racconto, già monco e variamente deformato, è una traccia della co-esistenza personale, il cui senso nasce solo dalla *ratio* di chi lo ascolta. Mario Trevi sviluppando la riflessione junghiana sul simbolo, ne distingue due tipi: il simbolo *probletico* (da *proballein* = progettare) che indica una possibilità aperta al futuro e il simbolo *sinezetico* (da *synizanein* = tornare allo stato precedente) che indica un paesaggio inscritto nel passato. Ma una medesima configurazione simbolica pone una domanda a chi si pone al suo ascolto e questi vi risponde con i propri canoni culturali che, se non ne stabiliscono razionalmente un significato nei termini di una verità ultima, gli consentono di formulare a sua volta nuove domande in un processo indefinito di interrogativi dai quali emergono risposte sempre approssimative e precarie. Alcune di queste hanno un potere persuasivo tale da diffondersi nel mondo alimentando il suo senso comune, al punto di costituirsi come il presupposto condiviso delle culture e delle loro istituzioni, modificandone alcune, facendone estinguere altre e annunciandone di nuove con una potenza rivoluzionaria.

Nel processo di *alterificazione* (v. in seguito) l'Altro si annuncia in un alone simbolico che compone in sé un "già noto da sempre" e la promessa di un "impensabile nuovo". L'intenzionalità del soggetto, la sua coscienza aprono la strada all'esperienza che nasce da questo incontro: potrei dire: «ti ho identificato e ciò mi conferma nella mia identità», oppure «lo sconosciuto che sei accende in me la curiosità (il *cur*

di ogni domanda) e seguendo questo percorso io stesso divento Altro rispetto alla mia consolidata identità». Ciò significa che sono io a rendere quel tessuto simbolico che io nomino "il mio simile, il mio prossimo" come un simbolo *sinezetico* o piuttosto come un simbolo *probletico*.

Giovanni Stanghellini distingue tre modi di fare conoscenza dell'Altro. Egli limita questa riflessione all'ambito clinico, l'osser-vazione e l'elaborazione concettuale delle esistenze "psicopatologiche", assumendo queste come esistenze che hanno "messo tra parentesi" gli assiomi del senso comune, in un modo praticamente speculare alla "epochè" del pensiero fenomenologico. L'incomprensibilità della follia si deve dunque al fatto che chi non riesce a dimettere il proprio senso comune considera incomprensibilmente alieno chi al senso comune non accede o da cui si separa per alterazioni delle sue funzioni cognitive a livello neuronale. A prescindere da alcune differenze sulla genesi della follia, trovo il pensiero di questo Autore come un contributo decisivo per la fondazione di una scienza della coscienza di tipo esistenziale o antropologico. Egli distingue, dunque, tre tipi di conoscenza, una conoscenza in prima persona, una conoscenza in terza persona ed una in seconda persona.

La conoscenza in prima persona è quella empatica, che potrebbe essere anche detta quella della consonanza intenzionale. Se accolgo come se fossero miei i moti dell'animo dell'altro, se ne "rispecchio" i caratteri, ho a disposizione una serie di "mattoni" attraverso cui ne ricostruisco l'identità,

> *ricostruzione che avviene nello spazio più privato della coscienza dell'osservatore. La ricostruzione dell'esperienza dell'altro si compie cioè all'interno del soggetto che lo esplora.* (Stanghellini, p. 47)

Ma questa forma di conoscenza è possibile solo se osservatore e osservato partecipano del medesimo senso comune, se sono situati nel medesimo orizzonte culturale, ma se uno dei due è radicato nella propria identità "privata" – nel senso che cerco qui di sviluppare – l'approccio empatico non si dà ed ogni riconoscimento di similitudine viene tematizzato dai propri codici la cui prevalenza finisce col produrre una conoscenza in terza persona.

L'*epochè* husserliana mostra qui un limite insuperabile: io posso sospendere i miei pregiudizi ma non i movimenti trascendentali della mia e altrui coscienza: se il mio interlocutore non può vedermi se non come l'estraneo che minaccia la sua "privata normalità", io rispecchierò *in primis* questa intenzionalità, secondo il suggerimento di Stanghellini

per cui ogni ricostruzione dell'altro non può che avvenire nello spazio più privato della coscienza dell'osservatore.

La conoscenza in terza persona è un tentativo di rimediare all'incomprensibilità attraverso una spiegabilità del "non comune", letteralmente dell'*idiota* (dal gr. *idiṓtēs* "individuo privato, senza cariche pubbliche"). Questo tipo di conoscenza è sostanzialmente la medesima che consente l'identificazione di un fenomeno "oggettivo" attraverso il suo conformarsi ai dispositivi razionali su base senso-percettiva del soggetto osservante: le categorie razionali di spazio, tempo e relazioni causali ordinano il mondo che risulta quindi conformato alla *ratio* classificatoria dell'osservatore. Così gli "idioti" formano una classe che si suddivide in una serie indefinita di sottoclassi, ciascuna con una propria causa specifica, appartenente ad una causalità generale che le accomuna. Come abbiamo già visto, la scienza medica fa da supporto alla scienza psicologica, per cui identificare il folle attraverso un'interpretazione semiotica, avvia una serie di pratiche "terapeutiche" che mirano a riportare il senso privato dell'"idiota" al senso comune del suo "terapeuta", confermandolo così nella sua identità culturale.

Ciò che consente l'avvio di un superamento (e non un superamento univoco e definitivo) della conoscenza soggettiva e di quella oggettiva ("il cancro della psicologia", dice Binswanger) è la conoscenza in seconda persona, che Stanghellini definisce

> *conoscenza dialogica condivisa dal "soggetto" e dall'"oggetto" della ricerca. È un tipo di conoscenza centrata sul "noi"* […] *essa dischiude, parallelamente alla comprensione dell'altro, la comprensione di sé* (p. 52)

Egli fa riferimento in prima istanza al modello antropologico etnografico così come paradigmaticamente enunciato da Ernesto De Martino con il suo *etnocentrismo critico*. Il confronto con altre culture non può prescindere dal fatto che chi ci si confronta lo fa dal vertice della propria cultura, che non solo non può essere ridotta ad alcuna *epochè* ma che può al contrario essere la condizione per un avvicinamento conoscitivo col diverso grazie ad una riflessione critica che essa stessa produce e che viene ulteriormente incrementata proprio dal confronto con l'altro. In questa zona di confine si apre la possibilità di cogliere nel fondamento della propria identità un *sensus privatus* permanentemente attivo anche nei più emancipati ricercatori, partecipi però del *sensus communis* che consente loro le più svariate e nuove negoziazioni sia con l'altro che con il sé medesimo. Il baricentro di ogni negoziazione è l'interpretazione, non in senso semiotico ma in quello propriamente

ermeneutico (Napolitani, 1997) che Gadamer fa coincidere con l'arte del domandare, precisando che «l'arte del domandare è l'arte del domandare ancora». L'interpretazione ermeneutica consiste in una risposta alla domanda fondamentale sul senso di un atto, di un'idea, di un comportamento, una risposta che si va costruendo nel confronto tra gli interlocutori con la forza argomentativa, con la passione a volte drammatica, con i lirismi che folgorano la scena dove le computazioni si arenano, come se si trattasse di una vera composizione narrativa. Ciascun interlocutore dispone di un archivio di risposte *prêt-à-porter* che tendono ad occupare il campo relazionale e, solo quando la domanda investe questa specie di corpo-a-corpo e la strenua difesa che ciascuno opera per conservare le proprie identità pietrificate, si apre lo spazio per una co-costruzione di un senso comune ad entrambi, di un accordo ermeneutico che chiama in causa la reciproca *responsabilità*, quella disposizione ad avere cura della propria dimora (il greco *ethos*) fino al punto di una vera e propria ristrutturazione: dal privato al comune e dal comune pietrificato ad un comune nascente.

## V. La prima conversione: il farsi identico

Dobbiamo riflettere su quella prima conversione per la quale l'embrione umano passa da uno stato biologico in-intenzionale, pre-coscienziale, dotato solo di una *potenzialità* che lo dispone al suo *Mitdasein*, ad uno stato di concreta *attualità* del suo divenire uomo. Questa riflessione ci permette di entrare nel merito della formazione dell'identità individuale a partire dal suo paleoambiente (il grembo materno) con il quale non avvengono scambi del tipo di quelli che s'instaurano a partire dalla separazione fisica, a partire dalla nascita. Pur potendo ipotizzare che l'atto intenzionale della madre possa "toccare" negli ultimi tempi della gravidanza i corrispondenti dispositivi dell'embrione, è solo dopo la nascita che il neonato mostra comportamenti attribuibili ad una vera e propria consonanza intenzionale. Si è in linea di massima disposti ad attribuire i movimenti automatici del neonato, quale ad esempio la sua ricerca del capezzolo e la complessa dinamica della suzione, al suo apparato neurologico, già sufficientemente maturo da produrre quel comportamento come paradigmatico del fenomeno di *attaccamento* a cui si farà poi riferimento per spiegare, nei suoi fondamenti biologici, ogni forma di attaccamento che l'essere umano mostrerà anche in età adulta nei confronti di oggetti-madre. Ma la clinica neonatologica ci mostra una varietà di comportamenti nel neonato umano incomparabile con la relativa uniformità del comporta-

mento del neonato non umano, che sembra perfettamente riconducibile a meccanismi di adattamento reciproco tra madre e figlio di tipo istintuale, cioè non interferito da quegli atti cognitivi trascendentali definiti nei termini dell'intenzionalità. Sono i modi di questa cognizione reciproca tra madre e bambino che modulano le forme dell'attaccamento e, se la consonanza intenzionale è prevalentemente significata dal rifiuto, i comportamenti biologici dell'infante rispecchiano tale rifiuto: ad esempio il rifiuto disperato e disperante del sonno o il rifiuto ad "apprendere" il seno materno, nell'alternarsi parossistico della ricerca famelica del capezzolo e del successivo sputarlo fuori, o il sistematico rigurgito di quanto ha inizialmente ingerito fino ad un deperimento grave che non ha spiegazioni biologiche, e così via.

Nella medesima prospettiva possiamo osservare il fenomeno dell'*apprendimento*: ne abbiamo già fatto un cenno parlando della madre nel suo iniziale assumere il figlio come oggetto-che-diviene e saranno i modi intenzionali di questo apprendimento a modulare le forme di apprendimento del figlio. Potremmo brevemente dire che i modi dell'attaccamento e dell'apprendimento del figlio tendono in prima istanza a rispecchiare (vedi il sistema dei neuroni specchio) i modi con cui la madre si attacca o apprende il figlio. E ciò non in virtù di un semplice processo di imitazione come avviene nelle specie non umane, ma per quel processo che è il fondamento del *farsi dell'identità personale* a partire dalla datità dell'identità genetica. Il *fare identità* è detta identificare/identificarsi, ed il processo di *identificazione* non consiste, nella deriva delle considerazioni fin qui esposte, nell'imitazione adattativa di un'immagine o di un comportamento, ma nella corrispondenza di intenzionalità tra due o più soggetti. L'identificazione è il primo processo che qualifica la condizione umana come apertura all'altro, è il punto di partenza per concepire la mente umana come strutturalmente sociale, come una facoltà cognitivo-emotiva non situata nel cranio del singolo, ma in quel "tra" costituito dalle reciproche trascendenze in uno spazio intersoggettivo.

Scrive a questo proposito Francesco Remotti (1996, pp. 13 e 14)[7]:

> *Ma la tesi dell'incompletezza biologica dell'uomo ha pure un'altra componente o implicazione: quella della natura sociale del pensiero e delle emozioni. Non solo in antropologia, ma anche in altre scienze umane (come la psicoanalisi, la linguistica, la sociologia), tende a imporsi sempre più l'idea secondo cui gli esseri umani non possono es-*

[7] Cito a questo punto un antropologo che nel valersi dei contributi di psicoanalisti contribuisce di fatto al progetto di un'unificazione antropoanalitica delle due discipline.

> *sere intesi come entità isolate che soltanto successivamente, e per così dire gradatamente, scoprono la vita sociale (con i suoi vantaggi e con i suoi ostacoli). È significativo che anche una disciplina come la psicoanalisi, dedita per vocazione all'analisi della psiche individuale, abbia rinunciato, almeno in certi suoi rappresentanti, all'impostazione freudiana. Per Freud – sostiene per esempio Stephen Mitchell (1993) – l'uomo sarebbe un "coacervo di tensioni fisiche di carattere a-sociale", un impasto di desideri e di pulsioni fondamentalmente di natura sessuale e aggressiva che urgono per realizzarsi, di "energie primitive e animalesche" che non possono non entrare in conflitto con le esigenze, opposte, della realtà sociale, inevitabilmente "più superficiali" e "secondarie". Per il modello relazionale, che questa corrente di psicoanalisti intende far valere richiamandosi a H.S. Sullivan, a W.R.D. Fairbairn, a H. Kohut, l'individuo è invece un essere che fin da subito si costruisce entro un contesto di relazioni sociali (Mitchell, 1993). I legami sociali non risultano perciò aggiuntivi, ma immediatamente essenziali e decisivi (Liotti, 1994).*

Possiamo dunque dire che il primo processo di conversione è quello per cui il neonato umano abbandona il "suo essere felice in base all'arbitrio dell'altro", il mitico Eden in cui "altro" è il suo proprio "non-altro", in base all'automatico scambio programmato dal suo bagaglio genetico che biblicamente corrisponde alla volontà di un Dio che lo trattiene all'interno del suo intenzionarlo come propaggine di sé, creatura naturale in un omologo mondo di creaturalità naturale. Il neonato entra in contatto con Lucifero, se ne lascia sedurre come Eva nell'incantesimo della conoscenza, e, convertito dal "potere carismatico" di lui (direbbe Weber) si dispone al godimento del proprio arbitrio sospinto dalla violenta passione per la libertà. È ovvio che questa formulazione della prima conversione – dal mondo assoluto nella naturalità creaturale al mondo delle precarietà cognitive – è un atto ancora fortemente ancorato (ombelicato) alla condizione prenatale, tanto da non poter essere sperimentato come esito di una scelta discreta, o di rivoluzione volontaria contro l'ordine preesistente, pur se la Bibbia connota questa conversione come atto deliberato di disobbedienza meritevole di una "cacciata" nella mortalità. Ma questa prima conversione, per quanto drammaticamente vissuta da ogni figlio di donna, non è da lui né registrata né elaborata per l'immaturità del suo sistema neuronico, ma non può essere sottratta alla riflessione adulta sia quando si tocca il tema delle origini dell'identità, sia quando si riflette su tutti i successivi processi di conversione che indefinitamente qualificano l'esistenza umana.

I dispositivi neonatali devono dunque essere tali da consentire una corrispondenza tra lo "stato nascente" materno (in quanto sua componente intenzionale nei confronti del figlio) e "stato nascente" del figlio che verosimilmente costituisce il carattere dominante della sua protomente. Alberoni (1979) riprende il concetto di "stato nascente" quando tratta dell'innamoramento. Non possiamo certo dire che il neonato sia "innamorato" della madre, perché questa emozione così pervasiva irrompe nell'ordinata stabilità delle quotidiane istituzioni relazionali e si qualifica proprio per le perturbazioni più o meno estese di tale stabilità. L'innamoramento, inoltre, è quella passione per la quale si compenetrano in modo prodigioso il sentire l'altro nella sua piena separatezza, nella sua diversità di genere e di esistenza e il sentirlo come parte integrante di sé, la *propria* anima, la *propria* stessa vita. Quando la propria consapevolezza identitaria si coniuga con la propria coscienza trascendente (l'intenzionalità), il soggetto si dispone ad una compenetrazione totalizzante con l'altro come fondamento di una co-costruzione di mondo.

Il neonato non può quindi vivere emozioni confrontabili con l'innamoramento adulto perché, possiamo dire, è tutto trascendenza, ma la sua coscienza senza soggetto è già disposta ad *apprendere* la presenza dell'altro, con-fondendosi con questa. Questo apprendimento è esattamente il reciproco dell'apprendimento/apprensione della madre, ma a differenza di questa il neonato non dispone di risorse razionali né di una cultura pre-istituita che gli consentano una discrezionalità nei confronti di quanto apprende. Egli non dispone di uno *scire* autonomo ma il suo è un *cum-scire*, un sapere sostanziato dalla complessità dei saperi materni, sia intenzionali che razionali, sia trascendenti che contingenti rispetto alla propria storica identità. Possiamo immaginare l'esperienza vissuta del neonato come quell'esperienza incarnata che, pur vedendo necessariamente coinvolti dispositivi protomentali del neonato, non può essere elaborata nei modi di una razionalità pertinente ad un soggetto definito da un suo stesso processo di differenziazione già comunque avviato. Così l'aporia che si propone nel mio dire che "la sua coscienza senza soggetto è già disposta ad *apprendere* la presenza dell'altro", per poi dire che la sua coscienza (il *cum-scire*) viene "fatta" dalla presenza materna, pone l'interrogativo se sia la coscienza *causa* dell'apprendimento o se sia questo *causa* della coscienza. Dobbiamo forse mantenere sospeso questo interrogativo nello stesso modo con cui Winnicott mantenne sospeso l'interrogativo sulla priorità tra atti percettivi e atti concepitivi: il bambino percepisce l'oggetto che ha già concepito o concepisce solo l'oggetto in quanto già percepito? Dobbiamo, forse, solo arrenderci all'apertura cognitiva del pensiero com-

plesso che, per certi ambiti del sapere, introduce il concetto di ricorsività circolare in fenomeni non riducibili al piano della causalità lineare.

Mantenere sospeso un interrogativo circa la causa di un evento è una condizione che espone l'intelletto costruito dalla e nella logica della causalità ad un certo grado di smarrimento che può essere vissuto come minaccia alla propria identità culturale, al punto da ricorrere alla fede in cause immaginarie corrispondenti a modelli della propria "normalità privata" (come avviene ad esempio negli sviluppi paranoidei). Apprendere un evento secondo queste modalità significa prenderlo dentro di sé, possederlo così da confermare e rafforzare la propria identità, senza correre il rischio di sorprese perturbanti. Se "prendere" significa ridurre un oggetto identificato in proprio potere o essere ridotti nel potere altrui, sorprendere viene dal latino *super-prehendere*, dove il prefisso *super* allude a ciò che sta sopra o oltre il già noto e identificato. Altri prefissi capovolgono il significato di prendere in quanto possedere: comprendere, im-prendere, intra-prendere, in cui il potere si declina come possibilità in divenire e non come possesso.

Come fin qui delineato, il processo di reciproco apprendimento tra madre e figlio non consiste in una registrazione della datità di un oggetto ma in un'assunzione come elemento integrante della propria coscienza di un oggetto-che-diviene, un oggetto non definito in una compiutezza razionale ma indefinito per la sua intenzionalità e che può essere assunto come proprio solo da un soggetto il cui dispositivo trascendente entri in consonanza con l'atto intenzionale del proprio oggetto. Gallese parla di "consonanza intenzionale" per indicare questa stretta corrispondenza trascendentale tra madre e figlio, e la conseguente creazione di uno spazio mentale "noi-centrico" che è il "luogo" dell'empatia.

Voglio qui precisare la differenza tra imitazione e identificazione, nella stessa linea di pensiero che mi porta a distinguere tra apprendimento e attaccamento come fenomeni genericamente animali, e i medesimi processi come fenomeni specificamente umani. Il sistema delle cellule specchio è la base neuronica dell'imitazione: se un individuo guarda un gesto o un comportamento di un altro individuo, si attivano in lui quelle medesime reti neuronali che hanno provocato il gesto o il comportamento dell'individuo osservato, attivazione che può al limite manifestarsi nel compimento del medesimo atto motorio. Attraverso questa attivazione l'osservatore "sa quel che l'altro fa" (Rizzolati e Sinigaglia) a prescindere da qualsiasi elaborazione che possa fare di questa esperienza. Per Gallese questa forma di conoscenza per rispecchiamento compete anche all'essere umano nella produzione di quella "consonanza intenzionale" generatrice di ogni forma di conoscenza

empatica. Ma quando si trova a riflettere su quella forma clinica definita *autismo* in cui sembra assente ogni possibilità di relazioni intersoggettive, egli ricorre all'ipotesi di una qualche patologia del sistema delle cellule specchio, di natura genetica o accidentale. Questo è possibile, come si è ritenuto e si ritiene diffusamente possibile che ogni deviazione da una normalità condivisa sia primariamente un fatto di cellule, neurotrasmettitori, ormoni e così via. Ma all'ipotesi di un deficit di sistemi cellulari si può opporre l'ipotesi che in un tempo molto precoce dell'esistenza del neonato abbia prevalso nel complesso insieme dell'intenzionalità materna un non concepire il figlio come oggetto-in-divenire, di non accompagnare l'evento fisico di una maternità incipiente con il suo correlato mentale, di non apprenderlo quindi come parte integrante della propria soggettività-in-divenire, ma di apprenderlo come mero *objectum* della propria identità chiusa. Di conseguenza anche il processo di attaccamento al proprio figlio, pur rispondendo ai suoi bisogni elementari che gli garantiscono la sopravvivenza, è monco, in modo quantitativamente variabile, di quella disposizione specificamente umana a cui alludiamo con la parola amore come espressione di uno "stato nascente". «*Amor ch'al cor gentil ratto s'apprende*», dice Dante, dove la gentilezza del cuore sta a indicare la sua immediata disposizione a riversarsi nella sua propria condizione di neo-apertura su un oggetto in cui si rispecchia.

In queste condizioni attraverso le sue cellule specchio il neonato apprende il non apprendere materno, ed il suo cuore non si declina in quella gentilezza a cui soltanto "l'amor s'apprende". È qui dunque che in massimo grado si manifesta nel figlio il farsi identico all'identità della madre che, pietrificata nel suo non-divenire, si traduce in un'identità senza divenire del figlio autistico.

È lecito ipotizzare che la coscienza di un individuo umano adulto si formi nel rispecchiamento delle più diverse intenzionalità dell'ambiente in cui è nato ed è stato allevato, e che quindi l'originario spazio noicentrico sia fatto di una "molteplicità condivisa" (come nell'espressione usata da Gallese nel titolo del suo lavoro), che io riferisco alla molteplicità degli atti intenzionali della madre: quelle intenzionalità che esprimono l'esperienza di un *co-nascere* della madre con il figlio andranno a costituire nel figlio quelle componenti coscienziali aperte ad un divenire (nei termini emozionali della curiosità, dell'interesse, e in genere di un apprendimento creativo, riconcepitivo delle cose del mondo), mentre le intenzionalità espresse da una coscienza rappresa nella propria identità fossilizzata andranno a costituire nel figlio quell'impalcatura rigida che è l'esperienza della propria identità, come cosa tra le cose del mondo.

## VI. La seconda conversione: il farsi soggetto agli ordini razionali

Quali che siano i modi del processo di identificazione originaria, possiamo dunque dire che il farsi iniziale della propria identità avviene nel reciproco trascendersi intenzionale della madre e del figlio, il quale non può che corrispondere con i suoi dispositivi protomentali all'identità già formata della madre. Se parlo di "identità già formata" alludo al fatto che a partire da un certo livello dell'indefinito processo di formazione, l'identità non coincide più con la propria protomentalità, che, come qualsiasi altro fenomeno biologico, è un dispositivo geneticamente costituito (anche se si co-determina nel suo incontro con il mondo), ma si complessifica per lo svolgersi delle trame esistenziali che l'esserci co-costruisce con il suo ambiente. Se il nucleo coscienziale originario si forma all'interno della relazione con la madre, di cui assume specularmente le caratteristiche intenzionali (l'identificazione come il farsi-identico-a), nel suo progressivo sviluppo il sistema neuronale tende ad organizzarsi sulla base di connessioni che consentono una relativa stabilità alle elaborazioni delle esperienze vissute e di quelle empiriche. Si tratta di quelle connessioni che si manifestano nei modi dell'ordine razionale, nella forma del pensiero categoriale, a cominciare dalle categorie di spazio e di tempo. Queste connessioni, seguendo identificatoriamente le linee-guida della razionalità dell'ambiente (della sua specifica identità culturale) tendono a ribadirsi, ad auto-confermarsi nel tempo, consentendo così all'esserci-in-formazione una stabilità cognitiva tale da *promettergli* una quiete analoga a quella della originaria consonanza coscienziale.

Se la prima conversione consiste nell'accesso all'umano *Mit-dasein* emergente con atti di coscienza dall'opaco vivere passivamente della creatura, una seconda conversione consiste nell'accesso alla cultura assumendone le forme con lo sviluppo della razionalità. Ma la razionalità ha una lingua biforcuta come quella del mitico serpente: la conoscenza che vi si fonda promette una quiete dopo le tempeste incontrollabili, innominabili del proprio essere stato oggetto dell'arbitrio sovrano dell'ambiente, ma sono la stessa razionalità e la conoscenza che si sviluppa attraverso essa a corrodere la stabilità delle sue costruzioni. Il convertito al potere della *ratio* si proclama sovrano su un mondo a lui assoggettato, si conferisce un'identità *sub specie aeternitatis* sia assegnandosi un'anima immortale sia rispecchiandosi negli *universalia* di cui presume sia fatto oggettivamente il mondo (vedi la citazione di Eddington riportata sopra).

Se Cartesio parla di una *res cogitans* in opposizione ad una *res extensa* ne parla come di due enti ontologicamente, metafisicamente, distinti. Così, al contrario, se Freud ed una parte cospicua delle attuali neuroscienze sostengono che la *res cogitans* è solo uno dei modi con cui la biologia cerebrale si manifesta, essi parlano di un monismo altrettanto metafisico, in quanto coincidente con l'esperienza empirica immune dalle turbolenze non oggettivabili dell'esperienza vissuta. Ma queste "figure" razionali sono espressioni di un pensiero dimentico di se stesso, un pensiero che si riflette, forte della propria formata identità, nell'identità cosale del mondo, un pensiero che, seguendo la metafora del tessuto come intreccio di trame e orditi, racconta le trame del mondo ignorando gli orditi di cui ogni racconto è intessuto.

Oggi il pensiero fenomenologico ed ermeneutico diventa riflessivo sulla sua razionalità, sulla sua attitudine riflettente (come Narciso che si riflette nell'immagine che lo riflette specularmente), e tremando sulla nietzsciana "morte di Dio" si propone come "pensiero debole" (Vattimo e Rovatti). In questa "debolezza" si delinea fenomenologicamente il divenire di una razionalità che com-prende, che prende gli oggetti della sua investigazione – le trame del mondo reale – insieme alla propria coscienza intenzionante – gli orditi della propria storica, contingente esistenza. Scriveva Heidegger:

> *L'uomo ancora non pensa, e invero non pensa perché ciò che va pensato si allontana da lui; che egli non pensi non è in nessun modo dovuto soltanto al fatto che l'uomo non si rivolga in misura sufficiente a ciò che va pensato. Ciò che va pensato si distoglie dall'uomo. Gli si sottrae. Ma come è mai possibile venir a sapere qualcosa di ciò che da sempre si sottrae e anche solo dargli un nome? Ciò che si sottrae rifiuta la sua venuta. Ma: il sottrarsi non è un semplice niente. Esso è evento.*

"Ciò che si sottrae" e a cui è difficile dare "anche solo un nome" è l'oscuro grembo di ogni gemmazione ideativa, è quel puro "evento", sottratto alla memoria, in cui consiste l'essere venuti al mondo, in quello specifico mondo per ciascun essere umano definito dalla famiglia come formata dalla e formatrice della sua specifica comunità di appartenenza. Oggi, sempre più diffusamente, come scrivevo alcuni anni fa (2003),

> *l'atto di conoscenza, come antenna che si insinua o come punta di trapano che perfora livelli superficiali per attingere a "profondità" ultime dell'essere, pesca in un vuoto sorprendente: gli "oggetti" scompaiono*

> *nella loro presunta metafisica fissità, non si danno più appigli empirici* esaurientemente *credibili per antenne o trapani, e questi si trovano in qualche modo costretti a dar ragione del vuoto da loro stessi prodotto. Che si tratti delle cose del mondo esterno o delle cose del mondo interno, non è più di queste che la conoscenza può dare una spiegazione definitoria, univoca e ultima, ma è solo dei tracciati, degli itinerari percorsi tra di esse che la conoscenza può alimentare se stessa. La conoscenza, cioè, apre vuoti dove l'"esame di realtà" vedeva "pieni", e questa apertura di vuoti non è più attribuita a difetti operativi di una macchina registrante, ma è intesa come la qualità più propria del pensiero umano, del suo* inter-esse*, letteralmente essere in mezzo alle cose, e non sopra* [*scientificamente*] *o dentro* [*empaticamente*] *di esse. Questi spazi intermedi tra le cose sono occupati soltanto da linee sottili che connettono le cose tra di loro, componendo nel loro insieme un tessuto connettivo – una visione del mondo intesa come visione dei propri itinerari nel mondo – dal quale dipende il modo con cui l'uomo tocca le cose pur senza sapere nulla della loro "sostanzialità".*

Ma la rinuncia al traguardo di questa seconda conversione e al pensiero "forte" che da essa è nato non è cosa facile: la "verità" religiosa e quella "scientifica" (scienza intesa come l'insieme di trapani e antenne mirati alla sostanza oggettiva del mondo) oggi traballano, e con loro traballano le stesse identità individuali e collettive che sul loro fondamento si sono istituite. Il fenomeno che devasta l'umanità a livello planetario è oggi il fondamentalismo sia religioso che (paleo)scientifico, ciascuno che si arroga una posizione dominante nella gerarchia dei valori in nome di una verità assoluta. Questi fondamentalismi si appoggiano nelle loro pretese sulle trasformazioni imponenti che le loro verità hanno prodotto, nel tempo breve degli ultimi 3000 anni, a livello delle istituzioni sociali ed a livello della formazione di un *sensus communis* che consente oggi traffici e negoziazioni tra le più lontane tradizioni locali. Ma vien da pensare che queste verità, concepite al servizio dell'uomo, sono oggi solo al servizio di se stesse e, in nome di Dio o in nome della Natura, esse lasciano sgocciolare via la piena umanità dell'esserci. Come una madre, rappresa in una sua identità fossilizzata, non apprende il-figlio-che-diviene, esponendo questo a un "destino" autistico, così queste verità, incapaci di comprendere l'uomo-che-diviene nella sua incompiutezza ontologica, lo fissano nella condizione di oggetto assoggettato ad un Ordine (sopra)naturale. Le derive autistiche a livello individuale (una per tutte: le tossicodipendenze) si riflettono in quelle forme di autismo collettivo rappresentate sia dalle teocrazie sempre più ridotte a residui fossili sia dalla tecnocrazia (figlia e serva

dell'accoppiamento tra paleoscienza e poteri economici) che minaccia di sommergere il mondo con le proprie scorie.

Sotto la cappa di un "rifiuto" planetario il cuore dell'uomo continua a battere e l'orizzonte comprensivo di un pensiero "debole", di un nuovo e diverso confronto con il mistero dell'"evento", dello sviluppo del dialogo come fonte di conoscenza, nella rinuncia al confortevole raccoglimento negli assoluti, e quindi nell'accettazione della sfida del relativismo cognitivo che da ogni dove ci viene lanciata, vibrano in ciascuno di noi le parole di Pablo Neruda: «*È per nascere che siamo nati*».

## VII. Le conversioni terze: il farsi altro

Ho concluso il paragrafo precedente con il paradosso di nuovi ri-nascimenti oltre il dato empirico dell'essere nati una volta per tutte. La razionalità relegherebbe questo enunciato nel regno fantasioso della poesia, oltre i confini certi dei propri dominî scientifici e teologici, ed affermerebbe: «O si è nati o non si è: *terzium non datur*». Verità e falsità si escludono reciprocamente e ogni mediazione ha il carattere evanescente del fantasma che turba il nostro sonno e che, quando appare nelle nostre dimore quotidiane con il suo essere non essente, scardina le nostre sicurezze avvolgendoci nel suo manto: l'angoscia senza nome.

Ho recentemente scritto (2006):

> *"Sicuro": dal latino* se-curum *dove il* se- *indica privazione e* cura *significa* «*interessamento solerte e premuroso per un oggetto, che impegna sia il nostro animo che la nostra attività*» *(Vocabolario Treccani). Chi è "al sicuro", appoggiato coi piedi su un fondamento assunto come irriducibile verità, è dunque esonerato da "ogni interessamento solerte e premuroso", essendo, per lo più, tale fondamento non solo una convenzione cognitiva, ma anche una convinzione etica (basta qui ricordare l'"etica della convinzione" confrontata con l'"etica della responsabilità" in Max Weber* [*Op. cit.*]*).*

Nell'urto incessante tra identità radicate nei loro fondamentalismi razionali, ciascuna sicura di sé nel proprio *sensus privatus*, si indebolisce quel *sensus communis* che pure la razionalità ha prospettato all'interno dei propri paradigmi. Ma se, come abbiamo visto fin'ora, questi paradigmi si indeboliscono, ciò che essi mantenevano ai loro margini prende spazio con una nuova con-sistenza. Il divenire – l'uomo e il mondo che insieme divengono – non è più restringibile nell'ambito angusto della prevedibilità empirica né in quello della prevedibilità di fede in

una vita ultraterrena. Eventualità, emergenza, possibilità, mutazione sono alcuni concetti chiave che pongono le cose in una realtà diveniente, che si sottrae ad ogni definizione chiusa, sottraendole alla fissità del loro apparire perfette cioè chiuse nel loro tempo passato, quali che siano le trasformazioni che deterministicamente possano subire ad opera di cause altrettanto chiuse, perfette. Un principio di indeterminazione impregna il nostro sapere tanto nelle scienze fisiche (Heisemberg) quanto nelle speculazioni filosofiche (il viraggio del *Dasein* da soggetto a progetto), e il futuro, nella sua sostanziale imprevedibilità, entra con forza anche nel sapere psicoanalitico attraverso quel poderoso trittico composto nel titolo *Memoria del futuro* (Bion).

Heidegger (1927) fa di "cura" una parola chiave per leggere l'esistenza (il *Dasein*) in quanto co-esistenza (*Mit-dasein*), e distingue la cura autentica (*Sorge*) da quel curare inautentico (*Besorgen*) che ha il significato di procurare ciò della cui mancanza l'altro soffre. L'autenticità della cura consiste dunque in un atto che a partire dalla trascendentalità della coscienza (l'empatia) si prende cura della libertà dell'altro: il farsi testimone "solerte e premuroso" della fatica che l'altro compie per sottrarre il suo futuro all'oblio, a quell'oblio prodotto dal suo essere smarrito nei labirinti del proprio passato.

Individui o società la cui identità è prevalentemente ancorata ad una razionalità identificatoria, che sono quindi portatori di una verità incontrovertibile, si dispongono a curare nel senso del *Besorgen*, in quanto questo atto è conferma e rafforzamento della propria verità, specie quando attraverso questo atto il "beneficiato" si conforma alla normalità identitaria del "benefattore": questo avviene nel ristretto circolo famigliare o tribale dove al bisognoso è garantita l'appartenenza al suo collettivo e il godimento delle sue risorse alla condizione che egli apprenda e pratichi il lessico "comune". Altrimenti è punizione (dal latino *poena*, la cui radice indoeuropea indica *pagare*) attraverso cui il "disubbidiente" paga il suo debito (il *dovere* non assolto) per i benefici ricevuti e non adeguatamente ricambiati. Ma la tutela della propria identità, non solo individuale ma anche collettiva, può arrivare al punto che la semplice apparizione del "diverso" provochi una reazione d'allarme che scatena una violenza distruttiva che esclude *ab inizio* ogni tentativo di assimilazione dell'altro alla propria normalità. Nessuna differenza tra la "follia" omicida a livello individuale e gli stermini di massa di intere popolazioni (Remotti, 1996): in entrambi i casi il senso privato, comune alla comunità di appartenenza originaria, impedisce l'accesso ad un senso comune esteso anche al "diverso", che va eliminato perché il suo stesso esistere compromette la pretesa di unicità della verità che l'identità identificatoria sostiene e da cui è sostenuta.

Se la prima conversione consiste nell'emergenza della coscienza come co-intenzionalità trascendentale da quel grumo biologico prementale (non proto-mentale) che è lo zigote nei primi tempi del suo sviluppo, e se la seconda conversione consiste nell'assumere come propria la "normalità" linguistica e comportamentale del proprio ambiente, sono solo le conversioni terze che consentono all'uomo il suo pieno *Mitdasein*: non è ancora co-esitenza quella in cui si declina l'esistenza attraverso le sue prime due conversioni, perché l'altro è assunto nel proprio orizzonte solo in forza di una consonanza intenzionale o in forza di una condivisione di paradigmi razionali reciprocamente compatibili, di valori corrispondenti ad una medesima verità, anche se variamente declinata. Ma solo quando la diversità si annuncia come prodigio, quando essa mobilita non allarme ma stupore, quando la coscienza e la razionalità si dispongono ad un'apertura tale da consentire un moto di "interesse sollecito e premuroso" verso ciò che fa sentire la verità con cui si è fino ad allora identificato come una gabbia e non più come una forza, solo allora si apre per lui la possibilità di una conversione terza. Uso questo aggettivo ordinale non solo perché indica un momento mutativo dell'esperienza successivo ai primi due, ma perché contiene un riferimento alla "terzità", termine con il quale si indica un evento altro rispetto ai fatti che sono in gioco in un accoppiamento stabile ed abituale. In questo ordine di relazioni ogni fenomeno "terzo" che minaccia di alterare la sua stabilità è prevalentemente visto con diffidenza e, quando dovesse produrre un'"alterazione" dell'identità della relazione di accoppiamento, esso viene represso nei modi più diversi.

È superfluo sottolineare che la repressione a cui faccio qui riferimento è cosa del tutto diversa da quella a cui si riferisce Freud: egli sostiene (v. in particolare Freud, 1929) che la repressione si rivolge contro un *primum*, contro le energie pulsionali nelle loro espressioni anarchiche, e che solo grazie alla repressione le medesime pulsioni possono essere utilizzate, *via* sublimazione, per la costruzione della civiltà. Nella prospettiva antropologico-esistenziale è l'apertura al terzo che viene repressa, cosa che inibisce la crescita individuale come lo sviluppo di intere civiltà, sotto il monito del *tertium non datur*: la verità unica e assoluta è la fortezza in cui si rinserra l'identità individuale e collettiva.

Perché l'apertura al terzo sia autentica *Sorge* essa non può ridursi ad una manifestazione caritativa o di supponente tolleranza. Essa necessariamente implica una disidentificazione, per quanto parziale e oscillante nel tempo, dell'esserci (*Da-sein*) che diviene un con-esserci (*Mitdasein*): questa trasformazione avviene alla temperatura dello *stato nascente*, produce "quel rinascere per cui siamo nati". Voglio con ciò dire che il terzo a cui ci si apre ci fa sperimentare specularmente una nostra

propria intima alterità: non siamo più gli stessi. Nel concepire l'Altro nella sua diversità, nel fare Altro l'altro, noi stessi ci *alterifichiamo*. Conio questo neologismo per sottolineare il *novum* di questa conversione rispetto a quella già compiuta, "perfetta", dell'identificazione.

Ma la *ratio* con la quale necessariamente cerco di nominare l'innominabile evento dell'esperienza di rinascita (v. sopra la citazione di Heidegger sull'impensabilità dell'Evento che si sottrae alla ragione) produce enunciati che rischiano di veleggiare nel mondo degli universali, con una pretesa di verità in sintonia o in contrasto con mille altre pretese analoghe magari ben più documentate. Se parlo di esperienze vissute, queste devono essere *embodied* (direbbe Varela), incarnate in quel corpo vivente da cui nascono atti intenzionali della coscienza che concependo il mondo come Altro, ne viene a sua volta "alterificato". Allora, se parlo di esperienza di rinascita implico necessariamente un accoppiamento generativo di cui è paradigmatico l'accoppiamento amoroso. Sul piano del corpo anatomo-fisiologico l'accoppiamento è quella vicenda che consente a due gameti di compenetrarsi per la produzione di un nuovo ente cellulare che non è uguale alla somma dei caratteri dei due gameti ma è il prodotto delle loro imprevedibili combinazioni molecolari, è una vera e propria "terzità". Sul piano del corpo vivente l'accoppiamento sessuale umano nella sua *interezza*[8] è quell'evento per il quale due individui sono reciprocamente attratti dalle loro specifiche differenze, dall'essere l'uno per l'altro estranei, dove l'estraneità anziché essere rigettata nell'indifferenza o produrre timore, viene avvertita come un invito, come un appello a superare una frontiera per accedere ad un mondo libero da tutti i vincoli che costringono il proprio mondo abituale: "sono libero/a" è l'espressione magica che, oltre il suo significare non avere rapporti amorosi in atto, esprime la disposizione di un'esistenza a intrecciarsi in modo esclusivo ad un'altra esistenza, dischiudendo così lo spazio totalizzante di un "noi". Questo reciproco intenzionarsi come portatori di libertà – quella condizione utopica che accende per Kant "la più violenta delle passioni" – genera la prepotente necessità di scoprirsi, di denudarsi, di lasciare che l'altro possa accogliere la disadorna essenzialità della propria risposta all'appello. Da questo "perdimento d'amore", da questo "noi" incarnato, può scaturire una nuova declinazione del co-esistere nei modi della reciproca cura: una relazione inter-soggettiva in cui le differenze tornano a disegnarsi come alterità-in-rapporto, come un *Mit-dasein* non più affidato soltanto ad una consonanza intenzionale creatrice di uno

[8] La sessualità è in tutte le culture ampiamente usata per il raggiungimento di scopi individuali o sociali che la sottraggono alla dimensione dell'esistenza nella sua trascendentalità.

"spazio noi-centrico" (Gallese) ma allevata in un reciproco intenzionarsi come Altro, nei suoi limiti storici e nel suo implacabile anelito alla libertà.

Questa conversione terza in cui consiste il processo di alterificazione non ha quel carattere di stabilità che caratterizza le prime due conversioni: essa può essere abortita ed è in ogni momento esposta al ritornante dominio dell'identità secondo tradizione. Non sempre si regge "l'insostenibile leggerezza dell'essere" (secondo la felice immagine di Kundera), e la sicurezza, – il "sine-cura" – garantita dalla propria identità identificatoria, razionalmente "vera", è canto di Sirena nel mare aperto dell'alterificazione.

## VIII. Conclusione

Lo svolgimento di questo mio discorso potrebbe far pensare che io adotti il termine conversione (prima, seconda, terza) come un analogo di "fase" o "stadio", secondo una visione di uno sviluppo lineare della coscienza, a parità dello sviluppo dei processi cognitivi per Piaget, o delle vicende pulsionali per Freud. Il mio racconto è lineare – dalle Premesse alla Conclusione – ma non i suoi contenuti: se, ad esempio, dico che la prima conversione consiste nella mentalizzazione di un grumo di materia vivente, l'embrione, non intendo questo processo come compiuto una volta per tutte in una definita età, perché esso si sviluppa ogni volta che il corpo anatomico (*Körper*) diviene oggetto di coscienza e quindi corpo vissuto (*Leib*). Così, quando parlo degli affari del sesso ne sottolineo le sue componenti antropologico-esistenziali e parlo della medesima libertà di cui parlo a proposito della relativa emancipazione del soggetto intenzionale dal suo essere *subjectum* alla fisica molecolare e cellulare del mondo in cui inizialmente si forma, o della sua emancipazione, sempre relativa, dall'arbitrio altrui grazie allo sviluppo delle sue capacità razionalmente volitive. Non c'è momento dell'esistenza in cui non entrino in gioco quei modi cognitivi pre-razionali a cui Bion fa riferimento con la nozione di protomentalità, del cui fondamento neuronico la neurofenomenologia potrà forse un giorno dirci qualcosa di specifico, che si esprime nella produzione di "idee fetali" o di "pensieri selvatici" (Bion, 1998; Napolitani, 2002): qualunque esperienza che possa essere riferita ad uno "stato nascente" può essere compresa solo riferendoci ad una "protomente", che non può quindi essere ridotta ad una condizione di "immaturità".

Potrebbe inoltre apparire che l'identità, quale costruzione immaginaria fondata su processi d'identificazione, costituisca un vincolo che si

oppone a quella passione violenta che è l'anelito alla libertà. E, potremmo dire, qualcosa più che un vincolo: un animale in gabbia è quell'essere vivente che dispone di attitudini comportamentali perfettamente compiute e tali da minacciare l'ordine nel quale l'uomo lo costringe vincolandolo in una gabbia. L'uomo al contrario si va facendo in quell'indefinito processo antropopoietico attraverso quella condizione di cattività in cui è inscritto lungo tutto l'arco della sua vita: è la gabbia che lo fa diventare uomo, fino al punto in cui ne può parzialmente emergere o ne può modificare l'intera struttura. F. Remotti (1996) affronta il medesimo problema nel suo *Contro l'identità* nel quale sottolinea più volte che i vincoli identitari sul piano delle istituzioni culturali sono il terreno su cui l'uomo produce la sua umanizzazione nel suo storico divenire.

Solo quando l'identità identificatoria non concede spazi all'incontro con l'Altro, non tollera quella lacerazione che questo incontro le produce nel fare Altro se stessa (un parto!), l'uomo si declina in quell'esistenza mancata che Heidegger chiama *deiezione*. E qui torno alla proposizione di Kant circa il senso privato: il senso è *privato* quando è *comune* ad una collettività ristretta di tipo tribale, con i suoi riti rigidi e non "parlabili", con il suo ordine non negoziabile per cui l'Altro non può essere che il nemico. È questo *senso arcaicamente comune* che si oppone anche violentemente ad un *senso attualmente comune*, il senso dell'incontro con il diverso (ciò che appare al di fuori del perimetro dell'*ethos* – della dimora delle origini), dell'apertura al dialogo, dell'amore nella sua autenticità.

Se mi sono soffermato sul tema della cura non è solo perché essa è un modo di manifestarsi dell'eros nei processi della conoscenza *concepitiva* (cioè non solo razionalmente apprenditiva e categorizzante), come già anticipato da Platone nel suo *Simposio*, ma perché attraverso questa prospettiva fenomenologico-ermeneutica la pratica psicoterapeutica si svincola dai canoni della tradizione positivistica in cui è nata. Ripropongo qui una delle citazioni di Kant che ho posto in epigrafe:

> *Chi può essere felice soltanto in base all'arbitrio di un altro (sia poi questo tanto benevolo quanto si vuole), si sente a ragione infelice.*

L'infelicità di una persona che chiede la mia cura non è la stessa cosa delle note dolenti con cui un malato informa il suo medico di un'insufficienza o di una disfunzione di un organo: l'infelicità è limitazione della propria libertà a progettarsi, a prendersi cura dell'Altro e quindi di se stesso, come se la sua coscienza fosse "a posto" solo nel suo continuare a trascendersi nell'Ordine tribale in cui è nato piuttosto

che in una nuova "comunanza" in cui si profila l'avventura dell'alterificazione.

Tutto il percorso fin qui tracciato intende contribuire allo sviluppo del progetto antropologico-esistenziale in cui confluiscono, organicamente intrecciate, tutte le discipline che si occupano dell'uomo nel *mondo-della-vita* (*Lebenswelt*), espressione introdotta da Husserl per distinguere il mondo, come costruito dalla coscienza intenzionale, dal mondo della scienza, che si fonda su una presunta obiettività della conoscenza che crede di operare su una cosalità in sé essente. Una scienza della coscienza non pretende di ridurre a pura illusione la scienza naturalistica ma introduce una riflessione sistematica sul fondamento coscienziale di ogni forma di sapere, cosa che viene oggi confermato clamorosamente dalla ricerca neuroscientifica: non più lo studio del cervello come parte di un corpo anatomico o biochimico in sé, ma come una co-costruzione ad opera di componenti materiali, geneticamente dati, e di componenti esperienziali della trascendentalità della coscienza. Il mondo-della-vita non enuncia dunque un principio astratto ed universale ma esso indica il farsi concreto del mondo per l'uomo che lo abita: la sua concretezza (dal latino *concretus*, part. passato di *concrescĕre*) si offre all'esperienza empirica attraverso la sua cultura, il che significa attraverso le sue istituzioni, dure, persistenti, perentorie come le pietre miliari che definiscono le strade dell'uomo in cammino. Nessuna differenza nel processo di formazione delle culture di intere comunità e il processo di formazione di quella singolare cultura che definiamo identità individuale.

Non c'è società umana che non sia la sua storia, dalle sue più lontane e oscure origini fino alla sua piena attualità, e non solo perché essa può essere ricostruita attraverso tradizioni orali o scritte o attraverso reperti archeologici o addirittura fossili, ma perché essa si ripropone nel presente sia in alcuni caratteri che appaiono assolutamente specifici e non contaminati da altre culture (i primitivismi culturali) sia in altri caratteri che raccontano le ibridazioni avvenute nel tempo con le più diverse culture. Possiamo con ciò dire che, salvo rarissime eccezioni, non ci sia oggi gruppo etnico che non presenti nel complesso delle manifestazioni della sua vita materiale, sociale e spirituale elementi ancora vivi, fattualmente attuali, di culture terze con cui si sia incontrato, e per lo più scontrato, nel corso del suo sviluppo. Anche per i gruppi etnici possiamo parlare di *conversioni terze*, e come per lo sviluppo dell'identità individuale ogni processo di *alterificazione* lascia tracce indelebili che si attualizzano nel comportamento e nell'ideazione, così avviene nei gruppi etnici in cui si combinano o si urtono disposizioni conservative fino ad estremi fondamentalistici con disposizioni aperturiste che fanno

dell'accoglimento attivo dell'estraneo un valore che produce ricchezza, nel senso più comprensivo del termine.

Possiamo con ciò affermare che ogni civiltà è in sé multiculturale come multiculturale è l'identità complessa di ogni singolo individuo ed, usando la metafora linguistica, possiamo dire che ogni forma di idiotismo (costrutto linguistico idiomatico, non inserito in un paradigma o schema di derivazione, dal greco *idiōtismòs*, "vita da privato"), costituisce, nelle relazioni interpersonali come in quelle interetniche, una "fortezza vuota" (l'autismo, secondo Bettelheim) che si oppone con violenza alla circolazione ermeneutica che alimenta il *sensus communis* nel suo divenire.

## *Post scriptum*

Prima di dare alle stampe questo mio lavoro, l'ho inviato in lettura a molti amici e colleghi, sia appartenenti alla mia medesima area culturale sia cultori di altre discipline, per riceverne commenti che mettessero in evidenza mie lacune espositive o aspetti critici dei contenuti che ho cercato di proporre. Mi è stata, tra l'altro, contestata una mia presunta unificazione tra psicologia e antropologia non solo per un loro reciproco rimando a comuni paradigmi epistemologici ma addirittura per una loro confluenza in un'unica sagoma professionale. Cerco di chiarire.

Ogni disciplina accademicamente statuita si declina in una grande varietà di pratiche professionali – le specializzazioni –, che reciprocamente si riconoscono affini per la comune matrice accademica. Così in medicina un internista, un chirurgo, un anatomista, un medico legale, un neuroscienziato, e ogni altro specialista o sottospecialista, hanno in comune il medesimo oggetto di osservazione, di indagine, di cura: un corpo come aggregato di molecole, cellule, organi, definiti e sempre meglio definibili nelle loro funzioni reciproche e di contatto con un mondo, esterno ai tegumenti in cui sono racchiusi. Anche lo psichiatra si legittima nell'ambito della medicina in quanto osserva, indaga e cura un particolare organo di questo corpo, il cervello come sicura base biologica di ogni processo senso-motorio, ideativo e quindi comportamentale.

E lo psicologo? Egli ha uno statuto accademico distinto da quello della medicina, differenziandosi quindi dal medico allo stesso titolo con cui se ne differenziano avvocati, filosofi, letterati, economisti e simili. Nessuno di questi assume però come suo riferimento fondamentale le istituzioni linguistiche e pragmatiche di un altro e, pur occupandosi tutte dell'uomo, non si occupano del suo corpo che rimane di ambito esclusivo della medicina. Perché soltanto la psicologia vi fa ricorso cer-

cando di trovare un suo spazio (ahi, quanto subalterno!) nelle istituzioni sanitarie e nel territorio delle scienze biologiche? Perché non valorizza e amplifica la sua ufficialmente riconosciuta autonomia epistemologica e professionale per diventare "ancella" del sapere e delle pratiche mediche? Perché le associazioni psicoanalitiche hanno sin dalle loro origini privilegiato come titolo per nuove associature coloro che vantassero una laurea in medicina? Perché nel corso della sottospecializzazione in psicoterapia gli allievi sono per lo più richiedenti precise informazioni sulle categorie diagnostiche, sulle cause patogenetiche, sui rimedi tecnici da adottare nel loro mestiere di terapeuti in funzione di presunte specificità patologiche, piuttosto che interessarsi a "che cosa significa pensare" a confronto del pensare del proprio cliente?

Il senso comune dell'operare scientifico è tutt'oggi fortemente ancorato ai paradigmi della macrofisica (e non più della microfisica) dominati dalla dicotomia soggetto/oggetto, di cui l'oggetto è empiricamente e statisticamente verificabile e prevedibile ed il soggetto è una variabile da tenere sotto controllo perché le sue inferenze nell'osservazione possono, oltre un certo limite, alterare l'"oggettività" dei fenomeni osservati a cui porre rimedio. Basti pensare all'enfasi che nella cultura psicoanalitica si dà alla "neutralità" dell'analista. Il potere persuasivo di questa logica è tanto imperante (anche al di fuori dell'ambito scientifico-professionale) da rappresentare l'ossatura della nostra identità culturale, da costituirsi come il senso comune che individualmente ci permea come patto di appartenenza alla comunità di cui siamo parte.

Il senso privato non è soltanto quello che fa riferimento ad una normalità originaria, ma può essere anche inteso come la proposta di nuove normalità in un mondo compattato su un suo consolidato senso comune. Questo tipo di proposta è promessa o minaccia di *alterificazione*, di un'esperienza di disidentità attraverso la quale si annuncia una terzità che, nel nostro caso, fa violenza alla logica del *subjectus versus objectum*, con il suo implicito monito: "*terzium non datur*". Nel suo aforisma più sopra citato Nieztsche dice fra l'altro che ogni nuova conoscenza entra nel mondo «piuttosto clandestinamente, per vie traverse, avanzando col capo velato o mascherato, simile a una delinquente e sempre almeno col sentimento di una contrabbandiera».

Se, come io faccio, non invento una nuova scienza ma rilancio, con miei modesti contributi originali, una prospettiva scientifica vecchia di circa un secolo, ma che ha avuto accoglienza in tutti i saperi umanistici ma non nell'ambito psichiatrico-psicologico di cui pure Binswanger (uno dei suoi fondatori) faceva parte, appaio come "un delinquente", non ostante il fiorire negli ultimi decenni di sviluppi teorici e di approcci clinici squisitamente fenomenologici. Per rimanere nel nostro ambito

professionale e nei confini del nostro paese basta ricordare i nomi prestigiosi di D. Cargnello, B. Callieri, L. Calvi, U. Galimberti, S. Mistura, G. Stanghellini, E. Borgna, G. Di Petta, M. Rossi Monti e di tanti altri che in varia misura considero miei maestri o, comunque, compagni di viaggio.

Non è questo, nella sua specificità locale, un esempio paradigmatico delle aperture laceranti del multiculturalismo così come oggi si impone a livello globale?

## BIBLIOGRAFIA


Alberoni F.: *Statu nascenti*. il Mulino, Bologna, 1971

… : *Innamoramento e amore*. Garzanti, Milano, 1979

Binswanger L.: *L'indirizzo antropoanalitico in psichiatria* (1946), ne *Il caso Ellen West e altri saggi*. Bompiani, Milano, 1973

Bion W.R.: *A memoire of future. The Past presented* (1977); *The Dawn of Oblivion* (1979); *The Dream* (1980). The Roland Harris Educational Trust. Tr. it.: *Memoria del futuro*, Cortina, Milano, 1993-2007

… : *Addomesticare i pensieri selvatici – Tre inediti*, a cura di Francesca Bion. Francoangeli, Milano, 1998

Damasio A.R.: *The Feeling of What Happens. Body and Emotions in the Making of Counsciousness* (1999). Tr. it.: *Emozione e coscienza*. Adelphi, Milano, 2000

De Martino E.: *Promesse e minacce dell'etnologia*, in *Furore, simbolo, valore*. Il Saggiatore, Milano, 1962

Eddington A.S.: *La natura del mondo fisico*. Laterza, Bari, 1987

Edelman G.: *The Remembered Present, A Biological Theory of Counsciousness* (1989). Ed. it., *Il presente ricordato*. Rizzoli, Milano, 1991

Foucault M.: *Storia della follia*. Rizzoli, Milano, 1963

Foulkes S.H.: *Il gruppo come matrice della vita mentale dell'individuo* (1971), in Wolberg L.R., Schwartz E.K. (a cura di): *Terapia di Gruppo*. Il Pensiero Scientifico, Milano, 1974

Freud S.: *Lettere a Wilhelm Fliess* (1887-1904). Boringhieri, Torino, 1986

… : *L'interpretazione dei sogni* (1899), in *Opere*, III. Boringhieri, Torino, 1978

… : *Al di là del principio di piacere* (1920), in *Opere*, IX. Boringhieri, Torino, 1978

… : *Il problema economico nel masochismo* (1924), in *Opere*, X. Boringhieri, Torino, 1978

… : *Il disagio della civiltà* (1929), in *Opere*, X. Boringhieri, Torino, 1978

Gadamer H.G.: *Wahrheit und Methode*. Mohr, Tubingen, 1960. Trad. it. di G. Vattimo: *Verità e metodo*, Bompiani, Milano, 1983

Gallese V.: *La molteplicità condivisa. Dai neuroni mirror all'intersoggettività*, in Mistura S. (a cura di): *Autismo. L'umanità nascosta*. Einaudi, Torino, 2006

Gaston A.: *Genealogia dell'alienazione*. Feltrinelli, Milano, 1987

Geertz C.: *The Interpretation of Cultures*. Basic Books, New York, 1973. Tr. it.: *Interpretazione di culture,* Il Mulino, Bolgna, 1987

Gehlen A.: *Der Mensch. Seine Natuur und seine Stellung in der Welt.* Akademishce Verlagsgesellscheft Athenaion, Wiesbaden, 1978. Tr. it.: *L'uomo*. Feltrinelli, Milano, 1983

Graves M.: *Greek Myths* (1955). Tr. it.: *I miti greci*. Longanesi, Milano, 1977

Heidegger M.: *Was heisst Denken?* (1954). Max Niemeyer Verlag, Tubingen, 1971. Tr. it.: *Che cosa significa pensare?*. SugarCo Edizioni, Milano, 1978

Heidegger M., essere e tempo (1927), Bompiani, Milano, 1971

Husserl E.: *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale* (1936). Il Saggiatore, Milano, 1972

Jaynes, J.: *The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral mind*. Houghton Mifflin, Boston, 1976. Trad. it.: *Il crollo della mente bicamerale e l'origine della coscienza*. Adelphi, Milano, 1984

… : *Consciousness and the Voices of the Mind*. PSYCHOLOGIE CANADIENNE, 1986, XXVII, 2

Kant I.: *Antropologia pragmatica* (1798). Laterza, Bari, 1969

Morin E.: *La methode III. La connaissance de la connaissance*. du Seuil, Paris, 1986. Tr. it.: *La conoscenza della conoscenza*. Feltrinelli, Milano, 1989

Napolitani D.: *Individualità e gruppalità* (1978), 2ª ed. IPOC, Milano, 2006

… : *Psicoanalisi e gruppoanalisi*. PSICOTERAPIA E SCIENZE UMANE, 1982, 16, 3

… : *La narrazione analitica tra semiotica ed ermeneutica. Il mentire come unica verità del "fare mente"* (1997), in Russo M. (a cura di): *Scrittura e narrazione*, pp. 193-214. Unicopli, Milano, 1999

… : *Antiche e nuove concezioni del "protomentale"*. RIV. IT. GRUPPOAN., 2002, XVI, 2

… : *Destino e progetto*, in Telfener U. e Casadio L. (a cura di): *Sistemica. Voci e percorsi nella complessità*, pp. 269-270. Bollati Boringhieri, Torino, 2003

… : *La mente bipolare: il "maschile" e il "femminile" nei processi cognitivi*, 2ª parte. RIV. IT. GRUPPOAN., 2004, XVIII, 2

… : *Ricordi e prospettive di uno psichiatra e psicoanalista "degenere"* (2006), in Dimarco G. e Nosé F. (a cura di): *La clinica istituzionale in Italia. Origini, fondamenti, sviluppi*. Stella, Trento, 2008

… : *La conoscenza tra scienza e coscienza. Apprendimenti e comprensione nell'incontro con l'Altro*. RIV. IT. GRUPPOAN., 2007, XXI, 3

… : *Sia fatta la volontà di…* . RIV. IT. GRUPPOAN., 2008a, XXI, 1

… : *La gruppoanalisi è psicoanalitica?* (2008b). In corso di stampa

Nieztsche F. (1882-1886) *Ditirambi di Dionisio*, in *Opere*, Adelphi, Milano, 1970, vol. VI, 4

… : *Umano, troppo umano* (1878), in *Opere*. Adelphi, Milano, 1982
Platone: *Simposio*, trad. it. Adelphi, Milano, 1984
Remotti F.: *Contro l'dentità*. Laterza, Bari, 1996
… : *Contro natura*. Laterza, Bari, 2008
Ricoeur P. : *Temps et récit*. Editions du Seuil, Paris, 1983. Tr. it.: *Tempo e racconto*. Jaca Book, Milano, 1986
Rizzolatti G., Sinigaglia C.: *So quel che fai*. Raffaello Cortina, Milano, 2006
Trevi M.: *Metafore del simbolo. Ricerche sulla funzione simbolica nella psicologia complessa*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1986.
Stanghellini G.: *Psicopatologia del senso comune*. Raffaello Cortina, Milano, 2008
Varela F.J.: *Neurofenomenologia. Una soluzione metodologica al "problema difficile"*. PLURIVERSO, 1997, II, 3: 16-39
Vattimo G., Rovatti P.: *Il pensiero debole*. Feltrinelli, Milano, 1981
Weber M.: *Wissenschaft als Beruf*, in *Gesammelte Aussätze zur Wissenschaftslehre*. J.C.B. Mohr, Tübingen, 1922; *Politik als Beruf*, in *Gesammelte Politische Schriften*. J.C.B. Mohr, Tübingen, 1958. Tr. it.: *La scienza come professione, la politica come professione*. Ed. di Comunità, Milano, 2001

Dr. Diego Napolitani
Via Vesio, 22
I-20148 Milano

# IL MONDO DEL DELIRIO. NOTE INTRODUTTIVE ALL'IPOTESI DELLA RICODIFICAZIONE SENSORIALE DEI PROCESSI NOETICI

C. PASTORE

## I. FENOMENOLOGIA DELL'INACCESSIBILITÀ

Il mondo delirante, manifestando la complessità del proprio campo *eidetico*, istituisce la grammatica dei vincoli entro cui si situano i processi intenzionali del curante. La gamma dei vissuti interni alla coscienza del curante, configura una riedizione, potremmo dire quasi puntuale, della gamma dei vissuti interni alla coscienza psicotica nel suo svolgimento temporale, dagli esordi predeliranti al delirio conclamato, sia esso strutturato o drammaticamente frammentato.

Il mondo psicotico si dà con la certezza indubitabile dei propri convincimenti, il delirante mette in scacco quella "prossimità" in cui si radica l'intersoggettività (e su cui si edifica, come scriveva Lévinas, il senso di responsabilità). Il sentimento di lontananza incolmabile produce, nel curante, l'*Erlebnis* di *inaccessibilità*[1]. Ma cosa appare propriamente inaccessibile? L'indubitabilità dei convincimenti non basta a renderne ragione, anche il più caparbio degli interlocutori, infatti, non è in grado di negarci la possibilità di sperare in un futuro assopimento dell'ostinazione. L'inaccessibilità, a ben guardare, fa pensare all'*impenetrabilità dei corpi*, nessuno di noi può attraversare le pareti,

[1] Su tale "inaccessibilità" si veda il bel saggio di W. Blankenburg: *Perspektivität und Wahn*.

tanto che, nel linguaggio comune, per denotare la caparbia ostinazione di qualcuno, diciamo: «Sembra di parlare al muro».

Ma se la grammatica dell'inaccessibilità evoca l'*eidos* dell'impenetrabilità, allora qui non è in gioco la falsità (o la verità) della convinzione delirante, bensì il suo carattere cosale: ciò che va manifestandosi nel discorso delirante si declina come *trascrizione cosale di un processo ideativo*.

Seguendo il metodo fenomenologico siamo giunti ad un primo importante risultato, ma la comprensione del fenomeno dell'inaccessibilità non è completa. Siamo, infatti, giunti ad affermare che un'idea delirante presenta i caratteri della datità cosale, della "cosa in carne ed ossa", ma, come Husserl scrive, la cosa si dà all'intuizione per adombramenti (*Abschattung*) successivi, essa, inizialmente *ritenuta* nella sua specifica determinatezza, giunge ad un tale riempimento mostrante in modo da portare a coincidenza il *ritenuto* con l'*intuìto*. L'atto dell'identificazione come riempimento si delinea come *evidenza*. Ma la gamma idealmente infinita degli atti di riempimento intuitivo che va dipanandosi nella catena degli adombramenti può incepparsi alla luce di nuovi atti di riempimento che contraddicono i precedenti e inducono l'osservatore a modificare la convinzione relativa all'identità della cosa che aveva di fronte "in carne ed ossa", come quando passeggiando di sera in un luogo alberato ci sembra di scorgere, tra le ombre, la figura di un uomo che poi si rivela essere un semplice arbusto. Questa semplice riflessione mostra che il grado di certezza interno al registro cosale non è, e non potrebbe mai essere, "assoluto", lasciando, così, intravedere uno spiraglio che nega l'autentica comprensione del fenomeno dell'inaccessibilità.

Ricapitolando, siamo giunti a comprendere che l'*Erlebnis* di inaccessibilità si dà come rivelativo di una struttura costitutiva del registro delirante, una struttura senza la quale l'idea delirante stessa non potrebbe manifestarsi. Questa struttura che abbiamo, ad una prima analisi, descritto nei termini di *trascrizione cosale di un processo ideativo*, ad un'indagine più approfondita, ha mostrato, tuttavia, significativi vacillamenti. La certezza incrollabile di qualsivoglia formazione delirante non può essere legittimamente derivata dal suo porsi nel registro della "cosa in carne ed ossa". Questo primo passo ha tuttavia il vantaggio di porre il modo della percezione come premessa fondativa inerente al rapporto tra esperienza e pensiero. La fenomenologia trascendentale ci consente di tematizzare quelle strutture senza le quali un oggetto non potrebbe manifestarsi ad un soggetto in generale, è in questo senso che non ha importanza, relativamente alle nostre analisi, trattare la specificità dei temi deliranti, in quanto il nostro interesse deve polarizzarsi su

ciò che, attraverso tutte le modificazioni possibili, resta immutato. A questo la fenomenologia di Husserl dà il nome di *essenza*. È proprio la manifestazione di questo strato immutabile dell'esperienza che conferisce agli atti della percezione un primato sugli atti intellettivi.

Certo, possiamo però affermare che un ente geometrico può essere solo pensato, non possiamo infatti fare esperienza del triangolo, tuttavia è possibile cogliere i nessi esistenti tra enti geometrici e il mondo dell'esperienza intuitiva come quando, husserlianamente, immaginiamo un segno sulla lavagna che, assottigliandosi sempre più, attraverso un *passaggio al limite*, diviene una retta. In questo *passaggio al limite* si manifestano degli enti che possiamo intuire e che configurano delle *oggettività ideali*. Le oggettività ideali si pongono come manifestazione di un campo oggettuale con le sue specificità grammaticali assolutamente indipendenti dal soggetto. Esse sono oggetto di intuizione sì, ma di *intuizione eidetica*, a differenza di una qualsivoglia determinazione cosale, non possono essere confutate dall'esperienza. Le *oggettività ideali* non si danno "sotto mille adombramenti", ma piuttosto alla piena luce dell'evidenza.

Siamo giunti, così, alla definizione delle *oggettività ideali*, esse possono essere colte mediante l'*intuizione eidetica*, tanto che la geometria può declinarsi come scienza *eidetica*. Ogni formazione delirante, per esser tale, deve sottrarsi alla possibilità di essere messa in discussione dall'esperienza, così come da qualunque intervento critico e, proprio per questo, essa manifesta il carattere dell'inaccessibilità. Ogni idea delirante, infatti, viene assunta, dal delirante, come *oggettiva*, ma alla materialità cosale di ciò che alla percezione si dà come oggettivo, egli aggiunge la potenza persuasiva dell'*idealità*. L'emorragia percettiva entro cui si situa la trascrizione cosale del processo ideativo non deve fare i conti con la possibilità di essere contraddetta da un qualche anello della catena degli adombramenti: essa assume dall'idealità la sua purezza e, conseguentemente, l'apodittica inattaccabilità della sua potenza veritativa.

Il curante si trova, nel confronto con una singolarità delirante, al cospetto di flussi ideativi che soggiacciono ad un processo di *ricodificazione sensoriale* (nella condizione pre-delirante, invece, è la percezione a soggiacere ad un processo di ricodificazione sensoriale) (cfr. Pastore, 2006) manifestandosi nel modo di un'intuizione che, dell'originario processo ideativo, conserva il carattere *ideale* e dell'intuizione il carattere di *oggettività* cosale, mostrando, così, un grado di riempimento, per così dire, assoluto, da cui l'*Erlebnis* di *inaccessibilità*.

Una paziente, che nel seguito di questo lavoro verrà indicata come il caso T., con delirio paranoideo e allucinazioni verbali, riferiva di sen-

tire la voce di Dio che le diceva che tutti gli esseri umani sul pianeta erano dei robot e che lei era costantemente "messa alla prova" in modo che Dio potesse valutare le sue reazioni nelle più disparate situazioni. Dopo circa dodici anni di psicoterapia con sedute settimanali (in periodi critici anche tre sedute settimanali) la paziente riferì che la voce le aveva detto: «Chiamali cani!». È evidente che si tratta di un mutamento significativo, i cani avevano sostituito i robot, il coabitare diveniva un *abitare con viventi*, la paziente mostrava uno spazio entro cui collocare la possibilità di un *contatto vitale* (Minkowski, 1997).

Dopo altri sei anni di psicoterapia, in una memorabile seduta, la paziente ci rivelò che non credeva molto a quello che le diceva la voce e che, a suo giudizio noi (erano presenti tre giovani psicoterapeuti ed un terapeuta anziano) non eravamo né cani né robot, bensì *attori*.

La dizione *attore* sembra molto congrua dal momento che uno psicoterapeuta, così come un attore, deve fare un lungo e faticoso *training* per poter *essere* ciò che interpreta, ma ovviamente, l'elemento consolante era che la paziente stava ulteriormente ampliando la sua capacità di *contatto vitale*. Nell'incontro con il mondo psicotico, il terapeuta si trova a dover sostenere, con ostinazione, la propria posizione come testimone dell'*impossibilità dell'incontro* e, nel contempo, proprio in virtù di questa sua ostinazione testimoniale egli deve farsi custode e garante di una *grammatica della possibilità*[2]. È solo nel parlare e nell'ascoltare, nell'incessante richiesta di chiarimenti, nel cauto e rispettoso domandare, nell'accogliere con autentico interesse per l'umano e le sue determinazioni possibili, ecc., che, l'altro sofferente, può essere esposto alla possibilità di un *intenzionare vuoto*. È così che quelle peculiari *oggettività ideali*, prodotte dalla ricodificazione sensoriale di *normali* processi ideativi, possono, forse, essere sfaldate. L'ipotesi teorica della *ricodificazione sensoriale dei processi noetici*, sembra capace di rendere, descrittivamente, ragione della pluralità dei fenomeni interni al campo della psicosi, tentando di delineare l'essenza delle operazioni antepredicative di queste peculiari esperienze.

Noi azzardiamo l'ipotesi che, se si radica il carattere esplicativo delle scienze neurobiologiche nell'evidenza fenomenologica, allora, sul versante neurofisiologico, è possibile concepire una *funzione di senso-*

[2] «Capita spesso che dal discorso del malato si possa enucleare una metafora e tu sai che la metafora è un'ipotesi da verificare, perché suggerisce una corrispondenza non univoca, non rigida ma aperta, motivo per cui non ti deve essere difficile svilupparla ed indurre il malato a farlo anche lui, fiorendo così una serie di variazioni eidetiche, che gli fanno toccare da vicino la sfera del *possibile* (corsivo nostro) e del diverso. Si tratta di frequentare di più la pluralità che l'unità, l'indifferenziato che il differenziato, il confusivo che l'evidente» (Calvi).

*rializzazione* (codice sensoriale) che, invadendo altri campi funzionali (percezione, memoria, immaginazione, ideazione, linguaggio, etc.), impone loro la *grammatica sensoriale* che viene così ad aggiungersi alle specifiche grammatiche delle funzioni ricodificate. Attraverso l'analisi delle possibili *commistioni*, risulta infatti possibile rendere ragione della pluralità dei quadri clinici interni al campo della psicosi. I lodevoli sforzi delle neuroscienze devono, a nostro avviso, concentrarsi sull'identificazione di questa *funzione di sensorializzazione.*

Le considerazioni inerenti ai casi clinici, di seguito riportati, tenteranno l'analisi di alcune di quelle *commistioni* a cui si è accennato, esse saranno, quindi, necessariamente iscritte all'interno dello sguardo che l'orizzonte teorico, da noi proposto, dischiude e che sembra istituirsi a partire dai vincoli che il campo oggettuale, da noi indagato, *impone*.

## II. Il caso T.

> *La voce mi dice che sono tutti robot, la voce, che è Dio, mi mette alla prova infliggendomi terribili sofferenze, se, ciò nonostante, mi comporterò bene, allora le mie sofferenze finiranno.*

T. presenta un classico delirio paranoideo con allucinazioni verbali.

Jaspers, nella parte prima del suo celeberrimo trattato, intitolata *Fenomenologia*, a proposito delle anomalie della percezione e delle alterazioni nella intensità delle sensazioni scrive (tr. it., pp. 65 e 66):

> *Tutti i suoni sono percepiti più forti, tutti i colori sono visti più vivi... Viceversa può esistere anche una diminuzione di intensità. Il mondo circostante appare più oscuro, il gusto più insipido, tutto ha un sapore quasi uguale (melancolia). Uno schizofrenico*[3] *racconta: «I raggi del sole impallidiscono dinanzi a me, quando, rivolto verso di essi, parlo ad alta voce. Io posso guardare tranquillamente il sole e ne sono appena abbagliato, mentre nei giorni normali, il fissarlo anche solo per qualche minuto, non mi sarebbe assolutamente possibile, come del resto avviene per gli altri»*.

Come si può osservare, Jaspers annovera, coerentemente con la tradizione psichiatrica, tra i disturbi della percezione, oltre alle illusioni da disattenzione, le illusioni emotive e le pareidolie, le vere allucinazioni, che sono «[…] *false* percezioni con carattere di *corporeità*, che non

[3] Si tratta del famoso Presidente Schreber.

sorgono dalla trasformazione di *percezioni reali* ma in modo completamente nuovo accanto e contemporaneamente a *percezioni reali*» (p. 72). Più avanti l'Autore scrive (p. 76):

> *Illusioni, allucinazioni, e pseudo-allucinazioni si manifestano con una straordinaria multiformità, e vanno dai fenomeni più elementari come scintille, fiamme, fruscii, scoppi, fino alla* percezione di oggetti formati, all'audizione di voci, alla visione di figure e paesaggi. Potremmo acquistare una maggiore chiarezza ed evidenza passando in rassegna i diversi campi sensoriali [car. tondo nostro].

Le allucinazioni verbali, iscritte nel più ampio capitolo delle allucinazioni in genere, sono descritte come percezioni di una realtà che non esiste. Allucinazione è prendere per vero (*wahrnehmen*) una realtà non vera; la realtà per la coscienza naturale, è ciò che mi sta di fronte ed ha il carattere della corporeità; è di fatto l'oggetto, sia in quanto oggetto visto che in quanto oggetto udito. L'atto percettivo della "visione" esemplifica bene il rapporto *naturale* tra un soggetto ed un oggetto.

Jaspers propone una definizione di oggetto dal chiaro sapore husserliano (p. 65):

> *Col termine oggetto, nel suo significato più ampio, chiamiamo tutto ciò che sta di fronte, tutto ciò che, con la visione interiore spirituale o con quella esterna, grazie agli organi di senso, percepiamo innanzi a noi, afferriamo, pensiamo e riconosciamo, tutto ciò a cui possiamo dirigerci come a una cosa che sta di fronte, che sia reale o irreale, evidente o astratta, chiara o confusa.*

Non meraviglia, quindi, che le allucinazioni verbali siano inquadrate, in Jaspers, nel paragrafo: *coscienza dell'oggetto.*

La voce che giunge *da fuori* va distinta dalla voce *interna*. «Perewalow, un paranoico cronico, distingueva le voci che parlavano direttamente dall'esterno attraverso muri e tubi, da quelle che parlavano tramite la corrente…» (p. 80).

Ma tratteniamoci ancora sulla percezione intesa come "prendere per vero" (Hegel, tr. it., p. 92):

> *Ma se al parlare, che ha la divina natura di invertire immediatamente l'opinione, di farla divenire altro e di impedirle così di* pronunciar parola*, io voglia venire in aiuto* indicando *questo pezzo di carta; in questo caso io faccio esperienza di ciò che in effetto sia la verità della certezza sensibile; così indico quel pezzo di carta come*

> *un qui di altri qui, o che è, in lui stesso, un* insieme semplice *di molti* qui*, ossia un universale; io lo prendo come esso in verità è e, anziché sapere un qualche cosa di immediato, io lo prendo per vero:* io percepisco.

Nella *Fenomenologia dello spirito* il capitolo *Percezione* segue quello sulla *Certezza sensibile*. Per Hegel la sensazione, come già aveva intuito Aristotele, è cosa diversa dalla percezione; questa è la verità della certezza sensibile e tale verità si sostanzia in un atto non-linguistico: l'indicare.

Ma l'indicare è possibile solo se l'indicato è visto, se presupponiamo la vista e la visione. Il paradigma della visione si dà, in questo caso, come paradigma della percezione in generale fungendo, così, da misura degli altri sensi.

Per quanto concerne la voce – scrive Sini (pp. 32 e 33) – come

> […] *evento gestuale non è e non può essere privato. Ne diamo prova di continuo col nostro abbassare la voce e bisbigliarci nelle orecchie. Ne danno prova gli innamorati, che in pubblico si guardano spesso, ma parlano pochissimo, e se si telefonano, hanno cura di chiudere la porta. Così facendo, essi testimoniano della loro consapevolezza circa la natura pubblica del gesto vocale. Vorrei dire a te e solo a te questa cosa, ma per il fatto stesso che la dico, potenzialmente la dico a tutti. La voce è di per sé un fenomeno* oggettivo*, qualcosa di* manifesto per tutti*: un evento pubblico e intersoggettivo* […] *la voce ha un ingombrante e decisiva oggettività.*
>
> *La voce* […] *fa apparire l'inaudito, pone nel mondo "cose" che prima non c'erano. Forse i loro sguardi già parlavano d'amore; ma fu solo quando dissero "ti amo" che la cosa accadde, venne al mondo in modo irrevocabile, ed essi stessi ne divennero consapevoli. La parola, cioè, rende i due pubblicamente consapevoli di ciò che essi sentono forse oscuramente, ma ancora non sanno*.

L'esistenza dell'allucinato verbale si installa nel cuore di una tracimazione sensoriale, il mondo diviene "assordante"; nell'esistenza lacerata dalle "voci" è bene evidente una protensione interrogante: «[…] *parlo tutta la giornata con la voce e le chiedo sempre se ciò che mi dice è la verità, ma quella mi prende in giro*», dice T.

La parola non può che evocare l'assente. La voce viene dal di fuori.

> *Infatti essa è il riflesso del di fuori autografico della voce che risuona. E così la trovò Socrate: come voce che parla nell'intimo e che dice il vero e il bene "in sé" e "per tutti", il bene "universale": l'origine stessa del pensiero "razionale" e della filosofia*. (*ivi*, p. 37)

Ma nel registro dell'allucinazione verbale, il mondo, ipersensorializzandosi, diviene assordante e, cosalizzandosi, si "smondizza". Possiamo così comprendere perché accade che il promanare della propria voce (realmente pronunciata o solo pensata) non possa che alienarsi nell'oggetto del proprio discorrere: la voce parlante diviene come "dimentica di sé" nell'oggetto parlato. Dal soggetto parlante promana la voce che tuttavia gli ritorna: la voce, in condizioni normali è un "promanare-provenire".

Husserl (1923-24), a proposito della percezione visiva, osservava che nel percepire una casa io sono, in essa, del tutto dimentico di me. Tale fenomeno diviene visibile solo con un atto di riflessione, cioè con quella che lo stesso Husserl definiva "percezione di secondo grado", una possibilità, questa, necessariamente preclusa al delirante; ecco perché l'indicativamente ricorrente "prendere appunti" da parte delle singolarità con allucinazioni verbali, nel tentativo di catturare, attraverso una memoria alienata nel segno grafico, il "contenuto" ché, se fosse ricordato, ristabilirebbe l'armonica dialogicità del *promanare-provenire* e, con essa, la possibilità di una *percezione di secondo grado*. Ma, da un altro punto di vista, v'è una sorta di conturbante *implosione sensoriale* che imprigiona il mondo dell'allucinato verbale nei luoghi di quella scritturalità sorgiva testimoniata dal frequente muovere le labbra che accompagna l'ascolto della voce allucinatoria e che suggestivamente rievoca i medievali *pii borbottamenti* di cui scrive Illich.

Questi fenomeni rappresentano la riconsegna esistentiva, anche se mai completa, al paradigma della visione in una oscillazione che sembra non ammettere tregue. Possiamo riconoscere una voce come "assolutamente proveniente", soltanto se alla sensoriale percezione auditiva dello stendersi diacronico dell'altrui dire non si associa il sentimento della sincronica presenza del proprio, corrispondente, progetto linguistico; in questo caso, possiamo esser certi di non stare parlando noi, bensì l'altro che chiede di essere ascoltato; ma come possiamo concepire una "voce" che, benché prodotta dalla nostra "testa", non venga riconosciuta come nostra? Una tale assurda circostanza è possibile comprenderla solo se la si guarda come un problema inerente al rapporto tra pensiero e linguaggio: quando parlo la mia stessa esistenza costantemente oscilla tra il "me" del progetto linguistico e l'alienarsi dello stesso nell'oggetto del mio dire. Nel parlare l'"esistere" non può

divenire "dimentico di sé" (come, diceva Husserl, ciò accade, ma nella percezione visiva), così come non è possibile divenire dimentichi di sé neanche nell'udire finché l'udire si colloca nel registro dell'ascolto. Infatti l'ascolto vive del riflesso autografico della promanante vocalità di colui che ascolta e non c'è modo di comprendere il fenomeno delle voci allucinatorie se non quello di concepirle come espressione del drammatico e incredibile manifestarsi di una "lettura" senza "scrittura": l'ascolto della "propria" voce, nell'allucinato verbale, si distribuisce tra il risonante autografico vocalizzarsi, luogo dell'intersoggettività, e la sorda sensorialità di un'ingombrante "percezione" che, parzialmente, costringe l'esistenza nel paradigma di una peculiare *visione* in grado di precludere quello scarto differenziale, di vichiana memoria, entro cui si situa l'abisso tra *certezza* e *verità* che, così, più non si distinguono. Per essere chiari, ciò di cui è vittima T. sembra essere un'*emorragia percettiva* e la percezione per antonomasia è rappresentata dalla visione, perché solo in essa è concepibile essere *molto vicini* al *divenire dimentichi di sé*.

Chiamiamo "emorragia percettiva" la *ricodificazione sensoriale di processi noetici* quali l'immaginazione e la concettualizzazione. Nel caso in esame la ricodificazione sensoriale si imprime sulla concettualizzazione (pensiero verbalizzato), cioè sul dialogo interno che così assume quel carattere di corporeità delle "cose" a cui si accompagna il naturale sentimento di incrollabile certezza.

T., quando pensa, si aliena a tal punto nel discorso pensato o nel ricordo di un discorso udito che, divenendo assolutamente dimentica di sé, percepisce il proprio pensiero come estraneo, suggerito da qualcuno di cui sente la voce. Ecco perché sarebbe forse più rigoroso affermare che gli allucinati non *sentono* le voci, bensì le *vedono*.

È forse utile ricordare che Husserl, nelle *Lezioni sulla sintesi passiva*, nel prendere le distanze da Kant, sottolineava l'indipendenza delle manifestazioni fenomeniche dalla struttura della soggettività, cioè, ciò che appare, non si dà come materia informe successivamente plasmata dalle apprensioni soggettive. Come acutamente ricorda Vincenzo Costa (1999, p. 225): «L'atto noetico diviene, di conseguenza, non la messa in forma soggettiva del mondo, ma la *presa d'atto di una forma e di una direzione di senso che si è costituita passivamente, e alla quale il soggetto può solo "aderire"*». Ciò detto, se il pensare che "parla tra sé e sé" o che ricorda l'altrui dire, soggiace al processo di ricodificazione sensoriale, allora il pensare stesso si dà al soggetto come *presente impressionale* che "colpisce l'io" e lo invita, husserlianamente, ad "aderire", cioè al *volgimento attivo*: questa è la genesi di un'allucinazione verbale. Se il paziente, soggiace ad una *ricodificazione sensoriale dei*

*processi noetici*, non può accedere alla possibilità di compiere un atto di riflessione che ponga come oggetto tematico il processo percettivo stesso (percezione di secondo grado di Husserl) perché un tale atto, soggiacendo, esso stesso, al processo di ricodificazione sensoriale, perderebbe proprio ciò che gli inerisce in modo essenziale: il proprio costituirsi come *momento di desensibilizzazione*. Pensare, scriveva Hannah Arendt, è *desensibilizzarsi*.

D'altro canto, che T. sia vittima di una ricodificazione sensoriale dei processi ideativi, sembra essere confermato anche dalle gravi difficoltà di *rimemorazione* di cui più avanti si descriveranno le conseguenze sul piano della temporalizzazione dell'esistenza. La ricodificazione sensoriale dei processi ideativi, infatti, produce, in questi ultimi, l'assunzione parziale (vedi paragrafo I) della *grammatica* del registro percettivo. Non a caso, si diceva, T. manifesta problemi di *rimemorazione* e non di *ritenzione*, una differenza molto importante che Husserl, negli anni '20, ha ben chiarito: «ogni ritenzione è ciò che è, ed ha il suo modo intenzionale solo all'interno del percepire fluente nel quale è sita. La rimemorazione è invece un modo della ri-percezione, non è cioè precisamente una percezione; ma un costituirsi di nuovo, un iniziare di nuovo con un "ora" originario e uno spegnersi ritenzionale, ma appunto nel modo della riproduzione» (1966, tr. it., p. 160).

Insomma, tra ricordo primario (ritenzione) e ricordo secondario (rimemorazione), v'è la differenza radicale che separa la percezione dalla non-percezione. «Nella ritenzione non si costituisce autenticamente il passato, ma la percezione stessa: la ritenzione appartiene alla sfera della presentazione» (Costa, 1966, p. 69).

Ma allora Jaspers ha ragione ad appiattire le allucinazioni verbali sul paradigma della visione. Il tipo di delirio di cui si sostanzia l'esistenza lacerata dalle *voci*, in coerenza con la grammatica percettiva, preserva l'incredulità, esso si modifica in continuazione, sembra procedere per *adombramenti*: «*... adesso la voce mi ha detto che non sono tutti robot. Mi ha detto: "chiamali cani", e poi lui non è più Dio...*», T. pone continuamente domande alla voce affinché essa pronunci una parola definitiva, affinché possa esser *certa* della sua *verità*.

È evidente, qui, l'effetto che la ricodificazione sensoriale del pensiero verbalizzato produce in termini di impronta grammaticale: il pensiero verbale procede per *adombramenti* (grammatica della percezione), ma la convinzione incoercibile di stare parlando con un'entità esterna, manifesta l'elemento *ideale* che, insieme alla materialità cosale prodotta dalla grammatica della percezione dà luogo a quelle *peculiari oggettività ideali* di cui si è detto nel paragrafo introduttivo.

T., con la quale dialogo da oltre diciotto anni, prende continuamente appunti, ma non ricorda nulla di ciò che è accaduto il giorno prima. Ella annota le proprie esperienze in un quaderno, appuntando, talora, la data e, più raramente, persino l'orario.

T. sembra vivere nell'orizzonte di una mera databilità, ma nell'intento fattivo e costante di rimpossessarsi della *possibilità* di ricordare.

T. non è completamente schiacciata sul registro della percezione (come vorrebbe Jaspers), sebbene ci sia molto vicino; ella è iscritta nell'ordine della *peculiare oggettività ideale* di cui si è detto, sul piano della temporalizzazione, si fa evidente una grave alterazione ed è sul versante del *databile* che tende drammaticamente a precipitare la sua esistenza delirante.

## III. Note sulla temporalizzazione dell'esistenza delirante[4]

T.: *«Non ce la faccio più, mi sento scema, non mi ricordo niente, senza memoria non c'è intelligenza»*.

L.: *«Non la voglio la memoria, non voglio che sia presente. Non sarebbe giusto fare cose sempre nuove, forse? Il ricordo mi crea agitazione, mi sento molto vecchio. Io "divento" e basta. Io divento senza progetto»*.

Nello scarto differenziale che contrappone l'esistenza pre-delirante di L. all'esistenza delirante di T. può situarsi qualche riflessione intorno alla natura ancipite del tempo, natura ben nota al pensiero occidentale, basti pensare, tra i tanti, a Platone, Aristotele, Agostino, Husserl, Bergson, Heidegger. Secondo Marramao (p. 9) alla *rappresentazione* del tempo fa riscontro un *sentimento* del tempo. La prima andrebbe esteriorizzandosi e oggettivandosi nell'*inautenticità* del calendario o se si vuole dell'orologio, il secondo avanzerebbe con la cristallina *autenticità* del *flusso vitale* sovrabbondante di immediatezza patica.

[4] Le riflessioni che seguiranno necessitano di un confronto che ponga in evidenza lo scarto differenziale tra temporalizzazione dell'esistenza pre-delirante e la temporalizzazione dell'esistenza delirante. Tale riflessione, che per lo spazio a nostra disposizione, non è possibile mostrare nei dettagli, è parte di un libro, in corso di preparazione, a cui collaborano la dott.sa Maria Cristina Mastrocola e la dott.sa Carla Tagliatatela.

Con L. si indicherà l'iniziale del nome di un paziente in stato pre-delirante.

> *Poiché il padre, che l'aveva generato, vide muoversi e vivere questo mondo divenuto immagine degli eterni dèi, se ne compiacque, e pieno di letizia pensò di farlo ancor più somigliante al suo modello. Come dunque questo è un animale eterno, così anche quest'universo egli cercò, secondo il suo potere, di renderlo tale. Ora, la natura dell'anima era eterna, e questa proprietà non era possibile conferirla pienamente a chi fosse stato generato: e però pensa di creare un'immagine mobile dell'eternità, e ordinando il cielo crea dell'eternità che rimane nell'unità un'immagine eterna che procede secondo il numero, quella che abbiamo chiamato tempo. E i giorni e le notti e i mesi e gli anni, che non erano prima che il cielo nascesse, fece allora in modo che anch'essi potessero nascere, mentre creava quello. Tutte queste sono parti di tempo, e l'"era" e il "sarà" sono forme generate di tempo, che noi inconsapevolmente riferiamo a torto all'eterna essenza*. (Platone, Timeo, 37 d, e)

Come, acutamente, rileva Marramao, in questo passo Platone chiama *chronos*, il tempo di cui facciamo esperienza sensibile, e *aiòn* il tempo eterno di cui *chronos* rappresenterebbe il movimento. Ma intendere il tempo come immagine mobile dell'eternità non rende ragione della complessità del testo. Infatti, continua Marramao, Platone scrive che il tempo è "*immagine* mobile dell'eternità", ma per dire "immagine" Platone non usa la parola *eìdolon*, che nel suo lessico starebbe ad indicare una copia immersa nella fallacia del simulacro, bensì usa la parola *eikòn* che vuol dire icona, nel senso di immagine autentica, quindi il tempo per Platone non è una caduta nella corruttibile sfera del sensibile, bensì fedele immagine della *durata*. Insomma in Platone, non c'è contrapposizione tra *tempo cronologico* e *tempo aionico*, bensì un'essenziale coappartenenza.

Questa coappartenenza sembra subire un'irrimediabile eclissi nelle esistenze di L. e di T.: non v'è possibilità di raccordo tra la scandita linearità temporale del loro concreto esistere e la ciclicità incessante dell'eterna vicenda della specie, tra la duratura inattualità della potenza e l'attuazione inquietante e gioiosamente sofferta del vivere.

> Chronos *è per Platone imitazione vera di* aiòn *in quanto* scansione, *declinazione* ritmica *della durata: una sorta di restituzione per* istantanee *del continuum di una trama filmica*. (Marramao, p. 16)

In T. non c'è restituzione di un *tempo in generale* attraverso la ritmica databilità delle istantanee, bensì ella assiste, impotente, al caotico dila-

gare di una molteplicità di fotogrammi che non si lascia ordinatamente raccogliere nell'unità del senso:

*«Quando andavo a scuola non capivo le lezioni, non lo sentivo mio il compito, non entrava niente nel mio ricordo. Prima si capisce e poi si memorizza, io "vedo" solo»*; eppure da queste poche battute sembrerebbe che T. abbia ricordo delle proprie esperienze passate, ma ella risponde:

*«Si, ma è come se fosse una reazione, io so che deve avvenire questa reazione, ma non avviene dentro di me. È come se io avessi un quadro e su questo quadro passano le immagini che non si fissano sulla memoria, non c'è memoria»*.

T. deve riempire ogni momento della giornata, anche durante le sedute deve avere un bicchiere d'acqua per sorseggiarlo in continuazione, fuma una sigaretta dopo l'altra e a casa, a tutto ciò, aggiunge un incessante bere caffé e un continuo spiluzzicare.

T., insomma, deve muoversi in continuazione e, come ricorda Bergson, lo slancio all'azione privilegia la forma-percezione sulla forma-ricordo e, infatti, T. ci dice che "vede" solo, senza ricordare; ella legge senza "capire", dimentica ciò che ha detto un minuto prima. Tuttavia T. comprende le immagini e le "riconosce", ad ogni incontro, nei suoi occhi si fanno chiarissime le tracce dell'ultimo congedo: ella mi "riconosce", eppure non ricorda nulla di ciò che ci siamo detti e di ciò che diciamo. Quando diciamo: "ella riconosce", vogliamo alludere alla struttura complessa del riconoscere, fatta, oltre che di percezione e ricordo, del felice impasto di questi due momenti che colloca l'oggetto "riconosciuto" nella totalità di rimandi di cui si nutre il significato emotivo, in modo che l'oggetto non possa mai essere ridotto alla mera struttura analogica di una semplice "istantanea".

L., al contrario, non "riconosce" le immagini, egli ne coglie solo l'ossatura, (Minkowski avrebbe parlato di "razionalismo morboso"), non si agita alcun significato emotivo.

In riferimento al disegno di un tenero cucciolo di gatto, T. esclama: *«Quanto è carino quel micetto»*; L., invece, a proposito della stessa figura, dice: *«È il disegno di un gatto»*.

Con buona pace dei semanticisti, da Korzybski, passando per Bateson, fino a Grinder e Bandler, quella di T. sembra essere una felice e auspicabile confusione tra la *mappa* e il *territorio*, tanto quanto in L. la perspicace attenzione a non confondere l'oggetto con la rappresentazione dell'oggetto (cioè la *mappa* con il *territorio*), coincide con un drammatico fallimento.

In T., per quanto concerne le immagini, v'è sempre una carica emotiva, un larvato rimando, ella le *capisce*, anche se non le fissa. Se,

d'altronde, si chiede a T. di commentare un qualunque, anche semplicissimo, brano scritto, ella non capisce assolutamente nulla, la scrittura per lei è indecifrabile. Le scritture fonetiche, infatti, a differenza delle scritture pittografiche e ideografiche, inducono nei loro "figli" una doppia dissociazione. Il segno grafico implica, infatti, la percezione visiva e, nel contempo, allude ad un suono: è questa la prima dissociazione *segno visivo-suono*. La seconda dissociazione sta nel fatto che quel suono, evocato dalla vista, deve, a sua volta, evocare un *significato*.

T., probabilmente, non "capisce" quando legge, perché essendo vittima di un netto prevalere della *forma-percezione* (ricodificazione sensoriale dei processi ideativi), le è precluso il raccordo della *vista* con la *voce* e, quindi necessariamente, non può approdare al *significato* e, rovesciando il discorso, ogni pensiero *proprio* cade inesorabilmente sotto i duri colpi di questa *emorragia percettiva* e si trasforma in voce allucinatoria. È chiaro che questo non vale per le immagini perché esse manifestano un isomorfismo strutturale con il significato: il significato si *vede*.

D'altro canto, bisogna aggiungere che T., quando scrive, pone in atto un evidente stile orale paratattico:

> *Un signore ha tanta fame e va a rubare in una gioielleria e ruba tutti i gioielli, ma lo stanno per acchiappare i carabinieri e lui scappa più presto che può. Poi quando sta fuori pericolo si mette seduto su un prato a guardare i gioielli e dietro un muro sbucano due ladri e si prendono i gioielli e lo picchiano a sangue e lui rimane tramortito per terra e si lamenta perché sente troppo dolore e si alza a stento e viene un cane e gli lecca i piedi e lui perché si sente male impreca e alza le braccia al cielo e gli viene all'improvviso il colpo della strega e rimane immobile e con le braccia e le mani alzate e il cane lo guarda un po' e poi gli fa pipì addosso perché l'uomo gli ricorda tanto l'albero e l'uomo grida disperato: «ci mancavi solo tu cane zozzo, mi sono capitate tutte le cose più storte che mi potevano capitare e tu sei il finale come completamento della giornata come la ciliegina sopra la torta che è l'ultimo tocco per completare l'opera»*.

Questo testo scritto presenta forti residui di oralità testimoniati dalla forte impronta paratattica che dispone la catena sequenziale degli accadimenti tutta sullo stesso piano. I numerosi accadimenti di cui parla il testo sono tenuti insieme da una serie interminabile di congiunzioni (e), venti congiunzioni per dieci righe di testo.

T., se legge il suo stesso testo, non è in grado di capirlo. V'è, a quanto pare, una frattura insanabile tra la dimensione orale e quella scritta, tra oralità e scrittura, cioè tra temporalità auditiva e spazialità visiva.

Il testo proposto da T. presenta le stesse caratteristiche di oralità presenti nel racconto della creazione nella Genesi di cui esemplare, sembra la versione, riportata da Walter J. Ong (pp. 65 e 66), di Douay del 1610:

> […] *prodotta in una cultura con forti residui di oralità* […], *molto vicina allo stile additivo del testo ebraico originario* […] :
>
> *«All'inizio Dio creò i cieli e la terra. E la terra era sgombra e vuota, e le tenebre stavano sulla superficie del mare; e lo spirito di Dio si muoveva sulle acque. E Dio disse: "Sia la luce". E fu la luce. E Dio vide che la luce era buona; e separò la luce dalle tenebre. Ed egli chiamò la luce Giorno, e le tenebre Notte; e ci fu sera e mattina, un giorno».*

L'impero della forma-percezione: T. ne coglie la drammatica sudditanza quando dice: *«È come se io avessi un quadro e su questo quadro passano le immagini che non si fissano sulla memoria, non c'è memoria»*.

T. non dice, infatti, «mi passano delle immagini nella mente che non si fissano sulla memoria» e non dice neanche «ho dei ricordi che mi passano nella mente come immagini che non riesco a fissare». Ella, per dire che cosa prova, è *costretta* a ricorrere ad una analogia: «È come se io avessi un quadro». Perché T. non si è limitata a dire: «Ho un quadro»? T. è caduta preda del registro visivo ma, conserva una *protensione interrogante*: ella dialoga con la voce allucinatoria nel tentativo, sino ad oggi fallito, di conseguire la *verità*. T. mantiene ancora un, seppur tenue, legame con la dimensione dell'*ascolto* che, come s'è detto, risulta ben lungi dall'essere riducibile ad una mera sensorialità. Questo è il motivo per il quale ella sceglie un'analogia con un oggetto intrinsecamente strutturato *per essere visto*, il quadro, ma la verità della propria condizione, in coerenza con le leggi dell'analogia e con la potenza disidentificativa del congiuntivo, non coincide con il percetto-quadro perché, se così fosse, ella avrebbe usato l'indicativo presente: «Ho un quadro…»[5].

Ricapitolando: T. non ha memoria del presente, patisce un progressivo appiattimento sulla sensoriale databilità della serie cronologica de-

[5] T. ha una buona cultura e, per molti anni, ha lavorato come insegnante nelle scuole elementari.

gli "ora", sottratto, dunque, alla duratura inattualità della potenza (Virno). L., invece, fallendo nelle sue ricognizioni prefigurative, vive nell'indatabile, nel *passato in generale*, permane nell'attesa immemorabile del proprio inizio. Queste due esistenze manifestano quadri clinici profondamente differenti:

– T. presenta allucinazioni verbali, organizza un delirio mutevole, è presente un sentimento di incredulità, soffre di psicosomatosi, manifesta evidenti fluttuazioni della sfera emotiva attraverso esplosioni di pianto, grida di rabbia, periodi di intensa depressione che gradualmente cedono il passo a periodi di relativo benessere. Non è presente schizofasia. Questo quadro clinico, coerente con quell'appiattimento sulla sensorialità della serie cronologica degli "ora", configura una *psicosi chronica*.

– L. non soffre di alcun tipo di allucinazione, è presente, a tratti, un'ideazione delirante, il sentimento prevalente coincide con una rarefatta sospensione, un'attesa[6] senza oggetto, non sono presenti fluttuazioni della sfera emotiva che permane in una condizione di statica atarassia, di stabile anedonia. L. non soffre di psicosomatosi, ma è schizofasico. Questo quadro clinico, intriso di quella duratura inattualità della potenza, sospeso nell'indatabilità di un *passato in generale*, configura una *psicosi aionica.*

– L. vive un presente, paradossalmente inattuale e T. vive la mera attualità del presente. Queste due differenti modalità dell'esser presente hanno in comune il fatto di non riuscire a costituirsi come *skopòs*, perché ad entrambe manca il *kairòs*, il "tempo opportuno", il "tempo debito", necessario al costituirsi di ogni proponimento, di ogni ricognizione strumentale alla realizzazione dello scopo. Platone, nella Repubblica, scriveva (II, 370b-c):

> […] *agirà meglio uno che eserciti da solo molte arti o quando da solo ne eserciti una sola? – Quando da solo ne eserciti una sola, rispose. – È chiaro d'altra parte, credo, che se uno si lascia sfuggire l'occasione opportuna (kairòs) per una data opera, questa opera è perduta. – È chiaro, sì. – L'opera da compiere non sta ad aspettare, credo, i comodi di chi la compie. E chi la compie deve starle dietro, senza considerarla un semplice passatempo. – Per forza. – Per conseguenza le singole cose riescono più e meglio e con maggiore facilità quando uno faccia una cosa sola, secondo la propria naturale*

[6] Si vedano le imprescindibili analisi di Minkowski sulla fenomenologia dell'attesa in Minkowski, *Le temps vécu* (trad. it., pp. 88-93).

> *disposizione e a tempo opportuno (kairòs), senza darsi pensiero delle altre.*

Il *kairòs*, come scrive Natoli, «designa una temporalità complessa e qualitativa» (p. 33), esso, se si fa riferimento alla radice indoeuropea della parola *krr*, designa l'armonia, l'accordo, ma per rendere più chiara l'ipotesi che guida il presente lavoro, noi preferiamo dire che *kairòs* designa il *raccordo* della dimensione *aionica* con la dimensione *chronica*. D'altronde Benveniste, come ricorda Marramao, propone una connessione del termine *kairòs* con il verbo *kerànnymi* che vuol dire "mescolare", "temperare" ed è forse proprio in quest'accezione che Platone lo usa nel passo citato della Repubblica: una *mescolanza opportuna*, una *miscela propizia* (cfr. Marramao, pp. 99-101). *Kairòs* è il tempo del nostro quotidiano decidere, è il tempo del prendere atto del contesto, del raccogliere e selezionare i mezzi in virtù dei quali realizzeremo i nostri scopi. Lo *skopòs* è la struttura squisitamente umana della decisione e il *kairòs* ne rappresenta la misura.

Nelle *psicosi aioniche*, così come nelle *psicosi chroniche*, il venir meno del *kairòs* determina la tragica eclissi del "proponimento" e della "decisionalità", mentre la "volontà" si mantiene presente e tristemente improduttiva. Sulla differenza tra volontà e proponimento, Aristotele, nell'*Etica Eudemia*, è molto chiaro (II B, 10, 1125b 32-37):

> *Ma neppure la volontà e il proponimento sono la stessa cosa. Si vogliono anche talune cose che sono impossibili, pur sapendo che sono tali, ad esempio di regnare su tutti gli uomini e di essere immortali, ma nessuno se le propone, a meno che ignori che sono impossibili; né in generale ci si propone ciò che è bensì possibile, ma che si ritiene non dipenda da noi fare o non fare. Perciò è evidente che è necessario che l'oggetto del proponimento sia tra le cose la cui esistenza dipende da noi.*

È sufficientemente chiara in T. la volontà, mai tramontata, di approdare ad una verità che possa offrirle una soluzione definitiva (ella, nei 18 anni dall'esplosione della sofferenza, ha anche tentato il suicidio ben due volte), mentre in L. è evidente la volontà di incontrarmi consumata nella speranza che l'attesa possa avere un compimento. Alla fine di una seduta domiciliare, ho chiesto a L.: «Che cosa succede quando vado via?» ed egli ha risposto: «*Mi rimane il tempo, un tempo indeterminato. Dato che il tempo è una cosa abbastanza grande, se io mi lascio prendere da questo tempo non faccio altro che considerarlo e quindi non so nemmeno io se considerarlo o chiamare un'altra volta il dottore. Io e il*

*tempo non siamo buoni amici, ci deve stare una persona che io devo vedere*»[7].

All'angoscia di un *tempo indeterminato* L. oppone il sollievo fugace di una *cronologia dell'apparizione*, e si fa evidente la separazione e il triste isolamento della *forma-percezione* (la visione) dall'intreccio complesso, con-fusionale degli altri sensi.

McLuhan, citando Dodds, ricorda come gli ammonimenti interiori degli eroi omerici si traducano in immagini pittoriche: nel primo libro dell'Iliade, Achille, scagliatosi contro Agamennone, viene trattenuto per i capelli da Atena (p. 85).

> *L'eroe è divenuto un uomo diviso nel mentre che procede verso un io individuale. E la "divisione" è visibile in modelli pittorici, o "artifizi", di complesse situazioni che l'uomo tribale e uditivo non aveva mai cercato di visualizzare. Il che vuol dire che detribalizzazione, individualizzazione e rappresentazione pittorica sono tutt'uno. La forma magica scompare proporzionalmente al manifestarsi visivamente degli eventi interni. Ma tali manifestazioni sono anche una riduzione e una distorsione di complessi rapporti che vengono avvertiti con maggiore pienezza quando vi sia un completo intreccio tra tutti i sensi contemporaneamente.*

Questo progressivo processo di separazione e isolamento della forma visiva – come abbiamo, in parte, già avuto modo di osservare – trae la sua origine dall'esperienza della scrittura fonetica. Ma, come osserva McLuhan, è solo con l'intervento della stampa, cioè con la produzione massiva di caratteri *uniformi* e *ripetibili*, che un tale processo giunge a compimento.

È utile ricordare che l'invenzione dell'alfabeto produce, in opposizione alle concezioni mitologiche e cosmologiche precedenti, una concezione del tempo cronologico, iscritta nel registro visivo: si pensi alla teoria dell'anamnesi di Platone dove la legittimazione della conoscenza viene affidata ad un "prima", tutto visivo, della contemplazione delle

[7] Una parte delle produzioni verbali dei pazienti a cui si fa riferimento in questo saggio è tratta dalle trascrizioni effettuate direttamente durante la seduta psicoterapeutica dall'Autore. Un'altra parte, più recente, è stata registrata mediante strumentazione digitale ed è attualmente oggetto d'indagine nell'ambito di un progetto di ricerca su *Linguaggio e Schizofrenia*, condotto dalla Scuola Sperimentale per la Formazione alla Psicoterapia ed alla Ricerca nell'ambito delle Scienze Umane Applicate - Asl NA1 (la cui coordinazione è a cura della dott.sa Monica Gemelli) ed il CIRASS, Centro Interdipartimentale per l'analisi e la sintesi dei segnali - Università Federico II di Napoli.

idee eterne e immutabili, rispetto ad un "poi" destinato a configurarsi come *impegno* e *lotta* per riportare alla mente le immagini veritiere dei trascorsi contemplativi dell'anima. Impegno e lotta, però, non a caso, rappresentano gli ingredienti essenziali al raggiungimento della *visione eidetica* e questo perché il processo di isolamento della forma-visione non era giunto a compimento. Ma un tale processo non giunge a compimento neanche con l'affermarsi della stampa, come pensa McLuhan, né vi giunge T. che, nonostante l'emorragia percettiva (e abbiamo detto che, in questo lavoro, quando parliamo del mondo delirante, consideriamo percezione per antonomasia la visione), mantiene una protensione interrogante in grado, sia pure molto parzialmente, di restituirle la dimensione dell'ascolto. E anche L. chiede aiuto ad una *cronologia dell'apparizione*, ma, certo, non risolve i suoi problemi. Abbiamo solo un caso in cui l'isolamento e la piena prevaricazione della forma-visione giunge a compimento: il grande delirio strutturato.

## IV. Il caso F.

F. ha 31 anni, vive con un padre invalido e due sorelle più giovani che si guadagnano da vivere facendo le *baby-sitters*. Non più di quattro anni fa, F. conduceva una vita normale lavorando in una salumeria in un quartiere centrale di Napoli. Una notte F. è caduto vittima di una grave crisi di agitazione psicomotoria, preludio al progressivo organizzarsi di un delirio strutturato. Il mondo cominciò a subire una drammatica metamorfosi, le persone, le cose, le strade, la propria casa, cominciavano a non essere più le stesse sebbene mantenessero elementi di enigmatica e inquietante familiarità. Una mattina, F. ed io iniziammo i nostri colloqui. Mi trovavo presso la sua abitazione, F. mi fece accomodare su di una sedia in un piccolo soggiorno munito di un letto dove egli, silenzioso, si ridistese mostrando, comunque, disponibilità a dialogare.

> *Il pianeta è stato invaso da extraterresti provenienti da una lontana galassia che ci distruggeranno. Io sono un eroe, prescelto da Dio, e sto lottando per scacciare i marziani.*

F., angosciato per questa invasione, esce tutte le notti, spinto dalla propria missione, per avvisare amici, conoscenti o anche semplici passanti, del pericolo che stanno correndo. Quando non esce, rimane sveglio tutta la notte, prestando attenzione ad ogni più piccolo fruscio scru-

tando, senza posa, la finestra e il televisore spento. Ma quale può essere stato il primo movimento di questo *mutamento pauroso*?

> *Mi hanno contattato telepaticamente perché Dio mi ha donato la capacità di leggere nel pensiero e sono stato scelto come salvatore del mondo. Nessuno soffrirà più, grazie a me le persone non moriranno più, per renderle immortali non devo fare altro che* guardarle*, io stesso sono immortale.*

F. è immerso nell'atmosfera apocalittica di un mondo inteso come pura auto manifestazione del disegno divino. Egli si fa protagonista e messaggero di un assoluto congedo dal mondo storico. Gli accadimenti manifestano la loro incontrovertibile verità, lo svolgimento temporale è pensato nell'ordine della qualità e dell'essenza, il tempo del mondo viene *visto* e pensato dal punto di vista di Dio. Siamo alle soglie di un nuovo inizio, di un nuovo tempo, la sua figura è l'*éschaton*.

> *L'aggettivo* éschatos *è una forma superlativa da* ek*,* ex*, e indica colui che si trova fuori, il più lantano di tutti. Èschaton pertanto significa,* l'ultimo, l'estremo, il più remoto*; allo stesso modo in cui la parola eschatià significa* la parte estrema, l'estremità, l'estremo limite. Èschaton *è dunque la fine dello spazio e del tempo nel senso dell'estrema ultimità. A differenza del télos, l'ultimità dell'*éschaton *non significa compimento e insieme ritorno: essa esclude il ciclo poiché designa un limite fisso rispetto al quale non è possibile avanzare né arretrare. L'*éschaton *consente di pensare, unicamente, a un nuovo inizio; seppur si mantiene nella figura del cerchio in essa si dà una congiunzione unica e definitiva dell'inizio con la fine.* (Natoli, p. 36)

F. racconta la propria esperienza con una sorta di euforia liberatoria, egli è testimone del disvelamento finale. Del resto l'*éschaton* è il tempo della fine e, in quanto tempo della fine, si configura come tempo apocalittico. Apocalisse è, come ricorda Natoli, rivelazione, svelamento.

F. dice: «*Finalmente ho capito*».

Il tempo della storia, fatto di dolorose contingenze, viene spazzato via dalla tracotanza apocalittica di una promessa di salvezza ormai compiuta.

F., coerentemente alla tradizione giudaico-cristiana, vive nella prospettiva del messia, le sue due sorelle sono cattoliche attivamente

impegnate, il sistema doxico-ideologico di immersione si dà come propulsore semantico di un disagio non altrimenti dicibile.

In questo caso la complessa struttura della temporalità – di cui s'è detto per gli altri casi – non subisce alcuna distorsione; ad essa, semplicemente, subentra *l'éschaton*.

La ricodificazione sensoriale dei contenuti ideativi in questo caso è completa.

In conclusione, la ricodificazione sensoriale dei processi noetici può interessare solo i contenuti dei *processi* ideativi e/o immaginativi e allora si manifesta un delirio sistematizzato senza allucinazioni.

Se la ricodificazione sensoriale interessa, insieme ai *contenuti* anche i *processi* inerenti il pensiero verbale e/o immaginativo, allora si manifesta un delirio sistematizzato con allucinazioni. Qualora ai due differenti casi sopra riportati dovesse aggiungersi il soggiacere dei *processi percettivi* alla ricodificazione sensoriale, allora si manifesterà un delirio non sistematizzato, rispettivamente, nel primo caso, senza allucinazione e, nel secondo caso, con allucinazioni.

## BIBLIOGRAFIA


Arendt H.: *La vita della mente*. il Mulino, Bologna, 1987

Aristotele: *Etica Eudemia*. Laterza, Bari, 1988

Blankenburg W.: *Perspektivität und Wahn*, in *Wahn und Perspektivität*. Enke, Stuttgart, 1991. Tr. it. parziale, di e a cura di V. Quaranta: *Prospettività e delirio*. COMPRENDRE, 2005, 15 : 11-32

Bandler R., Grinder J.: *The Structure of Magic*. Science and Behavior Books, Palo Alto, 1975. Tr. it. di A. Menzio: *La struttura della magia*. Astrolabio, Roma, 1981

Bateson G.: *Steps to an Ecology of Mind*. Chandler, S. Francisco, 1972. Tr. it. di G. Longo: *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano, 1976

Bergson H.: *Matière et mémoire*. Universitaires de France, 1959. Tr. it.: *Materia e memoria. Saggio sulla relazione tra il corpo e lo spirito*, a cura di Adriano Pessina. Laterza, Bari, 1996

Calvi L.: *Sogno ed evidenza. Sogno ed esistenza*. COMPRENDRE, 2005, 15: 54-57

Costa V.: *La generazione della forma. La fenomenologia e il problema della genesi in Husserl e Derrida*. Jaca Book, Milano, 1966

… : *L'estetica trascendentale fenomenologica. Sensibilità e razionalità nella filosofia di Edmund Husserl*. Vita e Pensiero, Milano, 1999

Hegel G.W.S.: *System der Wissenschaften, erster Teil, Die Phänomenologie des Geistes*. Joseph Anton Goebhardt, Bamberg und Würzburg, 1807. Tr. it. di E. De Negri: *La fenomenologia dello spirito*. La Nuova Italia, Firenze, 1973

Korzybski A.: *General Semantics, Psychiatry, Psychotherapy and Prevention*. Abridgment to AMERICAN JOURNAL PSYCHIATRY, 1941

… : *Science and Sanity: an Introduction to non Aristotelian Systems and General Semantics* (1933 e 1941). The International Non-Aristotelian Library, Lakeville, 1948, 3ª ed.

Husserl E.: *Erste Philosophie* (1923-24), Zweiter Teil: *Theorie der phänomenologischen Reduktion*. HUSSERLIANA, VIII, Boehm R. hrsg. Martinus Nijhoff, Den Haag, 1966

… : *Analysen zur passiven Synthesis*, a cura di M. Fleischer, Nijhoff, Den Haag 1966. Tr. it. a cura di Costa V.: *Lezioni sulla sintesi passiva*. Guerini, Milano, 1993

Jaspers K.: *Allgemeine Psychopatologie*. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, VII<u>te</u> unveränderte Aufl. (erste Auflage, Heidelberg, 1913). Tr. it. di R. Priore: *Psicopatologia generale*. Il Pensiero scientifico, Roma, 1964

Illich I.: *In the Vineyard of the Text. A Commentary to Hugh's Didascalicon*. The University of Chicago Press, Chicago. Tr. it. di Serra A. e Barbone D.: *Nella vigna del testo. Per una etologia della lettura*. Cortina, Milano, 1994

Lévinas E.: *Ethique et Infini*. Paris, Librairie Artème Fayard et Radio France, 1982. Tt. it.: *Etica e infinito: dialoghi con Philippe Nemo*. Roma, Città Nuova, 1984

Marramao G.: *Kairòs. Apologia del tempo debito* (1992). Laterza, Bari, 1993, 2ª ed.

McLuhan M.: *The Gutenberg Galaxy. The Making of Typographic man*. University of Toronto, 1962. Tr. it. di S. Rizzo: *La galassia Gutemberg. Nascita dell'uomo tipografico*, Armando, Roma 1976 (Consultata la quinta ristampa a cura di G. Gamaleri del 1995)

Minkowski E.: *La Schizophrénie*. Édition Payot & Rivages, Paris, 1997

… : *Le temps vécu*. d'Artrey, Paris, 1933. Tr. it. di G. Terzian: *Il tempo vissuto*. Einaudi, Torino, 1968

Natoli S.: *Teatro filosofico. Gli scenari del sapere tra linguagio e storia*. Feltrinelli, Milano, 1991

Ong W.J.: *Orality and Literacy. The Technologizing of the Word*. London and New York, Methuen, 1982. Tr. it. di A. Calanchi: *Oralità e scrittura. Le tecnologie della parola*. il Mulino, Bologna, 1986

Pastore C.: *Wahnstimmung. Recodification des processus perceptifs*. REVUE LE CERCLE HERMENEUTIQUE, 2006, 7 (*La Psychopathologie Phénoménologique*)

Sini C.: *Gli abiti, le pratiche, i saperi*. Jaca Book, Milano, 1996

Vico G.: *La scienza nuova*. Rizzoli, Milano, 1977

Virno P.: *Il ricordo del presente*. Boringhieri, Torino, 1999

Dr. Carlo Pastore
Via Rampe di Pizzofalcone, 32
I-80132 Napoli

# IL PROBLEMA DEL "DISTURBO GENERATORE"

G. STANGHELLINI
A. AMBROSINI
R. CIGLIA
A. FUSILLI

Il tema di questo contributo è il concetto di "disturbo generatore" (*trouble générateur*, TG) così come fu elaborato da Eugène Minkowski in una serie di scritti a partire dagli anni Venti. Questi scritti sono centrati sull'analisi della condizione schizofrenica e melancolica alla ricerca di un principio organizzatore di questi modi di essere al mondo. Il focus di Minkowski è assai più clinico che metodologico, cioè collimato sui fenomeni psicopatologici e sulla loro organizzazione piuttosto che sugli strumenti necessari per elicitare i primi e afferrare la seconda. Nonostante questa scarsa attitudine verso i problemi metodologici, il pensiero di Minkowski al riguardo del concetto di TG può fornire importanti riferimenti e spunti a chi è interessato ai fondamenti dell'operare del fenomenologo clinico. La domanda attorno alla quale ruota questa riflessione è la seguente: il TG è un concetto ermeneutico oppure ha una valenza causale-esplicativa? Questa domanda non ha perso di attualità; Sass e Parnas hanno di recente riesaminato il problema concludendo che i costrutti fenomenologici non hanno – come credono sia i detrattori della fenomenologia, sia non pochi fenomenologi clinici – una valenza esclusivamente descrittiva; essi possono assumere una fisionomia esplicativa, fondamentale per la costruzione di modelli etio-patogenetici dei disturbi mentali.

La nostra tesi, qui, è che il contributo di Minkowski resti sostanzialmente ambiguo riguardo alla natura del TG: se sia un costrutto generatore di senso, quindi ermeneutico, oppure generatore di sintomi, quindi esplicativo. Ciò non toglie che l'analisi di questo concetto, del modo in cui Minkowski lo applica alla clinica della schizofrenia e della melancolia, abbia ancora molto da dire circa il destino della psicopatologia fenomenologica: sul processo delle sue scomposizioni analitiche, sui cardini delle sue ricostruzioni sintetiche, e sulla natura della validità dei suoi costrutti.

Il primo passo del nostro lavoro sarà fornire una crestomazia dalle principali opere di Minkowski sul tema del TG. Poi illustreremo il modo di procedere di Minkowski nella ricerca del TG, a partire da uno dei suoi saggi classici. Infine, cercheremo di rispondere alla nostra domanda, mostrando le direzioni di ricerca da essa indicate.

## I. Il disturbo generatore nell'opera di Minkowski

Ne *La schizofrenia* il concetto di TG viene menzionato solo due volte nel Capitolo secondo, *Il disturbo essenziale della schizofrenia e il pensiero schizofrenico*. Minkowski afferma che «[…] ogni nozione clinica non ci diventa forse chiara e precisa solo a partire dal momento in cui siamo riusciti a darle un solido fondamento psicologico? Così vediamo la psichiatria moderna sforzarsi di mettere in evidenza i *disturbi generatori* delle entità cliniche che essa studia» (p. 51).

Le seguenti citazioni sembrano poter tracciare un quadro sufficientemente chiaro dell'argomentazione di Minkowski:

«I sintomi [della schizofrenia], come ha mostrato Kraepelin, sono interscambiabili, più o meno incostanti e portano a stati terminali identici. Essi devono dunque avere tutti qualcosa di comune ed essere soltanto l'espressione più o meno accidentale di un *processo morboso sottostante, sempre lo stesso.* È così che nasce il bisogno di *ricondurre tutta la ricchezza dei sintomi e dei quadri clinici ora inglobati nella demenza precoce a un disturbo fondamentale e di precisarne la natura*» (p. 46).

«Ovviamente questo disturbo non può essere ricercato tra i sintomi clinici ordinari, quali le allucinazioni, le idee deliranti, le manifestazioni catatoniche o gli stati di eccitamento e di depressione. Tali sintomi non hanno nulla di costante né di caratteristico, come abbiamo visto. Dovendo costituirne la base comune, il disturbo fondamentale non può trovarsi qui; deve essere ricercato al di fuori, su un altro piano. Gli sforzi per perfezionare la sintesi della demenza

precoce e per farne una vera entità nosologica si rivolgeranno dunque, in modo del tutto naturale, verso funzioni psichiche elementari. È qui che si spera di trovare la chiave di quel comportamento particolare che presentano tutti i dementi precoci, malgrado le varietà infinite che li distinguono gli uni dagli altri dal punto di vista sintomatico» (p. 46).

Alcuni Autori hanno tentato di spostare l'attenzione verso i fattori regolatori dello psichismo, verso le facoltà superiori:

- Kraepelin, per il quale il nucleo psicopatologico è un disturbo dell'astrazione, «dell'indebolimento delle spinte affettive della volontà e di una perdita dell'unità interiore, […] un venir meno delle idee dei sentimenti e delle tendenze di ordine generale» (p. 47);
- «Masselon invece mette in primo piano i disturbi dell'attenzione e paragona l'atteggiamento dei dementi precoci ad una perpetua distrazione» (*ibid*.);
- «Weygand, facendo proprie le nozioni di Wundt, parla di demenza apercettiva» (*ibid*.).

Secondo Minkowski queste nozioni della psicologia corrente non sono sufficienti a individuare il disturbo essenziale: questo non può essere ricondotto a nessun elemento della tradizionale triade intelligenza, sentimento, volontà: «Incapaci di tradurre il disturbo essenziale della demenza precoce, [questi Autori] cedono sempre più il passo a nozioni di altro ordine» (p. 47). «Per usare un'immagine – chiarisce –, il disturbo essenziale non altera una o più facoltà, quale che sia il loro ordine nella gerarchia delle funzioni, ma risiede piuttosto *tra* di esse, nello "spazio interstiziale"» (*ibid.*, corsivo nostro).

In questo spazio interstiziale Minkowski individua il TG della schizofrenia: la perdita del contatto vitale con la realtà. L'attenzione di Minkowski è completamente rivolta a identificare *quale* sia il TG della schizofrenia – non a illustrare *come* identificarlo. Riconosce a Bleuler il ruolo di battistrada: «Bleuler precisava i sintomi cardinali della schizofrenia che riguardavano l'ideazione, l'affettività e gli atti di volontà del malato. Ma, nello stesso tempo, grazie alla nozione di autismo, i fattori che avevano a che fare con l'ambiente cominciavano ad avere una parte sempre più importante nella sua concezione. La mancanza di scopi reali e di idee direttive, l'assenza di contatto affettivo orientavano il concetto su una nuova strada. Tutti questi disturbi sembravano convergere verso una sola e unica nozione, quella di *perdita del contatto vitale con la realtà*» (p. 49).

Cosa si intende per contatto vitale con la realtà? L'illustrazione che dà Minkowski è metaforica: «Il contatto vitale con la realtà riguarda

molto più il fondo stesso, l'essenza della personalità vivente nei suoi rapporti con l'ambiente» (*ibid.*). L'ambiente è considerato qui «[…] un'onda mobile che ci avvolge da ogni parte e che costituisce il mezzo senza il quale non potremmo vivere» (*ibid.*); «[…] il contatto vitale con la realtà riguarda il dinamismo intimo della nostra vita» (p. 50). «Così ho fatto del contatto vitale con la realtà il punto centrale della schizofrenia».

Dal punto di vista metodologico, quest'ultima sembra l'affermazione essenziale. Il TG è "punto centrale", il punto archimedeo che sorregge concettualmente tutto il costrutto minkowskiano di schizofrenia. Minkowski chiarisce così: «[…] lo squilibrio profondo del contatto con la realtà è nella schizofrenia non una conseguenza di altri disturbi psichici, ma *un punto essenziale da cui derivano o per lo meno a partire dal quale si possono intravedere in maniera uniforme tutti i sintomi cardinali di questa affezione mentale*» (p. 52, corsivo nostro).

Ne *Il tempo vissuto* – testo assai più filosofico rispetto a *La schizofrenia* – Minkowski fornisce qualche ulteriore ragguaglio circa la necessità di pensare in termini di TG e di struttura, piuttosto che di funzioni psichiche e sintomi isolati. Nel Libro secondo (Capitolo secondo) afferma che dietro i sintomi e le sindromi si cela la *personalità vivente*: «Dietro la confusione c'è una persona confusa, dietro la melanconia il depresso. In tal modo i sintomi si compenetrano intimamente e la sindrome non si basa più su una coesistenza puramente empirica e più o meno contingente di sintomi isolati, ma tende a trasformarsi in unità organizzata e vivente nel senso psicologico della parola. La sindrome clinica tende a divenire una sindrome psicologica» (p. 211).

È nei casi cosiddetti puri che si appalesa la natura di *unità organizzata* della sindrome psicopatologica: i «[…] casi "puri" che noi riconosciamo come tali ci permettono di scomporre i casi associati. Questa "purezza" in fondo non è altro che l'espressione del sentimento che abbiamo di fronte a certi malati quando cerchiamo di cogliere al vivo la loro personalità, che tutti i sintomi che essi presentano "si reggano", che si basino tutti su un solo disturbo iniziale, *che siano un'unità organizzata*, che rappresentino una vera e propria sindrome psicologica» (*ibid.*, corsivo nostro).

In questa pagina, Minkowski fa un'affermazione di principio che è l'epigrafe di quell'epoca della storia della psicopatologia che Lantéri-Laura ha chiamato l'epoca delle grandi strutture: «è così che nasce in psicopatologia la nozione dei *disturbi generatori*. La sindrome mentale non è più per noi una semplice associazione di sintomi ma

*l'espressione di una modificazione profonda e caratteristica dell'intera personalità umana*» (1998, p. 211). La psicopatologia fenomenologica va alla ricerca dell'unità strutturale profonda che sottende la congerie apparentemente eterogenea dei sintomi psicopatologici.

Per chiarire ulteriormente: «Il disturbo generatore corrisponde, sul piano psicologico, alla base anatomofisiologica delle sindromi somatiche. Tuttavia non avremo più a che fare qui né con delle funzioni, ma con la personalità vivente, una e indivisibile» (p. 212). Per far questo, come vedremo, bisogna «*penetrare al di là degli elementi ideici e anche dei fattori emozionali di una sindrome fino alla struttura intima della personalità morbosa che serve da intelaiatura e agli uni e agli altri*» (p. 214). I disturbi generatori sono disturbi elementari che si rapportano alla personalità intera e non a una qualunque delle sue funzioni, come ad esempio l'emotività o l'ideazione (p. 215).

## II. Il *modus operandi* di Minkowski alla ricerca del disturbo generatore

Minkowski fornisce ulteriori elementi per la definizione della nozione di TG nel saggio sulla struttura degli stati depressivi (*Structure des dépressions*). In questo saggio sono descritte approfonditamente esperienze e sensazioni abnormi di un uomo di 26 anni con diagnosi di "depressione ambivalente" (un sottotipo di depressione maggiore). Cercheremo in questo paragrafo d'illustrare e ripercorrere i passaggi fondamentali dell'indagine svolta da Minkowski.

– Punto primo: *analisi fenomenica*

Il paziente riporta le sue lamentele, Minkowski le registra con cura e ordina con sistematicità. Egli riferisce disturbi cenestopatici («Ho la sensazione di un arresto delle funzioni vegetative»), sensazioni di materializzazione («Non sono altro che un specie di funzione animale»), disturbi della coscienza di sé («Non sento più me stesso. Ho cessato di esistere») e disturbi dell'intersoggettività («Io risuono con le persone, rifletto le loro vibrazioni», «Ho l'impressione di essere spazzatura gettata nella vita, così tanto mi sento distante dagli altri»); seguono lamentele relative a disturbi dell'azione («Ho sempre la sensazione di incompletezza») e della temporalizzazione («Sono stato persuaso di essere una persona malata di tempo (*malade du temps*). Ho la sensazione che il tempo scorra molto velocemente, più velocemente che per gli altri, troppo velocemente e questo è atroce», «Non ho più la sensazione di continuità», «Sono ossessionato dal passato»). Fin qui

l'analisi minkowskiana rappresenta un magistrale esempio di psicopatologia descrittiva: egli registra le esperienze personali, nella loro idiosincraticità, inclusi quei fenomeni che non trovano categorizzazione nelle specifiche *checklist* diagnostiche. È da notarsi che egli non è interessato meramente ai sintomi psicopatologici tradizionalmente intesi (cioè agli indici diagnostici): non fa menzione né dei disturbi ideativi (deliri o altre "false credenze"), né delle alterazioni dell'umore (tristezza, disforia o anedonia).

– Punto secondo: *ricostruzione del mondo-della-vita*

Minkowski ricostruisce il mondo-della-vita del paziente, «l'esperienza vissuta del mondo reale che lo circonda» (Lantéri-Laura, 1993, p. 108), piuttosto che enumerare i suoi sintomi. A tale proposito egli mette metodicamente in parentesi o sospende tutti i contenuti ideo-affettivi (cognitivi e affettivi) dell'esperienza, e si concentra sugli aspetti formali e sulle configurazioni spazio-temporali implicite nelle esperienze del paziente. Gli "esistenziali" presi principalmente in considerazione sono lo spazio e il tempo vissuti, ma nell'indagine di Minkowski rientrano anche i modi in cui il paziente vive il proprio corpo, le altre persone e se stesso. Esaminate da tale prospettiva, le esperienze del paziente melancolico manifestano caratteristiche peculiari rispetto al mondo del senso comune. In tale stadio di ricostruzione del mondo vissuto, se da una parte è possibile sentire o immaginare cosa si prova a vivere in un mondo simile, dall'altra è ancora assente il nucleo che rende conto della significativa interconnessione delle sue parti.

– Punto terzo: *afferrare il* trouble générateur

Come spiegato da Urfer, tradotto letteralmente, *trouble générateur* significa disturbo "generatore" o "generante"; si riferisce alla caratteristica unità che sottende una peculiare tipologia di abnorme mondo vissuto (Sass, p. 255: «underlying unity characteristic of particolar types of abnormal lived world»), al nocciolo che sottende i sintomi manifesti in tutta la loro varietà e che li mantiene significativamente interconnessi o uniti (Urfer, p. 281: «kernel underlying the manifest symptoms in all their variety that keeps them meaningfully interconnected or united»).

## III. Il disturbo generatore e l'inconscio fenomenologico

Una sindrome psicopatologica non è meramente un'associazione di sintomi, ma «l'espressione di una profonda e caratteristica modificazione della personalità umana nella sua interezza» (Minkowski, 1927, p. 12). Cogliere il disturbo generatore significa cogliere l'intima metamorfosi della soggettività, che sottende il complesso dei sintomi conferendovi la loro propria unità strutturale. Nelle parole di Minkowski, «il modo in cui la personalità è situata, in condizioni normali come patologiche, in rapporto al tempo e allo spazio vissuti» (1930, p. 2), "l'unità vivente organizzata" dei fenomeni psichici abnormi.

La nozione minkowskiana di TG è un "sintomo più profondo" rispetto ai "sintomi di superficie" sui quali si basa la nosografia contemporanea.

Significativa a tale proposito è la questione sollevata da Kendler: «fino a che punto dobbiamo continuare a mettere al centro della nostra nosologia sintomi e segni "superficiali" scelti per la loro affidabilità (*reliability*) piuttosto che cercare di sviluppare sintomi potenzialmente più informativi o "profondi" che possono emergere a partire da un'attenta analisi fenomenologica?» (pp. 7-8). In quale senso questi sintomi, rinvenuti ad opera di un'attenta analisi fenomenologica, sono da considerarsi più "profondi" rispetto a quelli elencati dai comuni manuali diagnostici? Come osserva Francioni, il "profondo" di cui parla Minkowski «*esprime* in modo adeguato soltanto una *forma destrutturata* della temporalità» (p. 52) perché nella temporalità risiede il fenomeno strutturale fondamentale.

Il profondo inteso in senso fenomenologico è propriamente la *struttura fondamentale* della vita psichica, la condizione di possibilità della manifestazione del mondo così come ci appare. Il modo in cui ci appare il mondo, ad esempio l'esperire l'interno distinto dell'esterno, e le cose del mondo distribuite ordinatamente in uno spazio esterno a noi, separate le une dalle altre e al contempo capaci di entrare in contatto le une con le altre e di agire (causalmente) le une sulle altre; oppure l'esperire gli accadimenti del mondo come orientati dal passato verso il futuro secondo la modalità del divenire e la nostra esistenza sospinta verso il futuro da uno slancio (*élan*): questo modo per noi abituale di far esperienza del mondo dipende dal modo di fungere implicito della struttura fondamentale, cioè dal modo in cui questa struttura fondamentale "costituisce" la nostra esperienza secondo certe coordinate temporali e spaziali. Tale modalità fondamentale *si esprime*

attraverso uno *stile* peculiare con cui la persona fa esperienza, vive cose e situazioni del mondo.

Cogliere il TG di una patologia psichica secondo Minkowski significa cogliere la metamorfosi del fungere implicito di questa struttura fondamentale – cioè dell'inconscio fenomenologico.

Si prenda l'esempio della sintomatologia melanconica e della fondamentale destrutturazione del tempo, caratteristico TG nella melancolia. Il disturbo della temporalità si esprime non soltanto e unicamente nel modo in cui il melanconico vive il tempo («Non ho più la sensazione di continuità», «Sono ossessionato dal passato»). Anzi, raramente il melanconico è in grado di cogliere e esprimere il TG, cioè la discontinuità del tempo, la perdita dell'orientamento verso il futuro e dell'*élan*, il ristagnare nel passato. Raramente, cioè, il melanconico è cosciente del TG della sua patologia. È del tutto eccezionale che riesca a dire (come il paziente di Minkowski) «Sono malato di tempo». Il TG resta in questo senso per lo più "inconscio". Cosa troviamo al livello dell'esperire cosciente del TG della melancolia? Troviamo ciò che si esprime nei sintomi melanconici, ciò che traluce attraverso di essi. Ad esempio, quando il melancolico dice «Ho la sensazione di un arresto delle funzioni vegetative», esprime in questo modo la crisi del divenire temporale resa esperibile dal vissuto del corpo. Si dice che in questo caso il vissuto corporeo-cenestopatico del melancolico costituisce l'espressione noematica della noesi destrutturata – cioè del fondamentale disturbo della temporalizzazione. Sass e Parnas parlano a questo riguardo di relazione *espressiva* di implicazione fenomenologica; nella relazione espressiva il contenuto noematico della vita mentale rappresenta o esprime specificatamente le caratteristiche formali o strutturali della vita mentale.

## IV. Cosa genera il disturbo generatore?

La questione epistemologica essenziale è la seguente: cosa genera il TG di Minkowski? Una possibile risposta è che esso generi dei sintomi, cioè che vada inteso come un "disturbo di base" in senso patogenetico (ad esempio, i "sintomi primari" di Bleuler, il "processo" di Jaspers (Minkowski, 1930, p. 11), o i sintomi-base di Huber).

Questo però non sembra essere il compito della nozione minkowskiana di TG. Il disturbo generatore non è un sintomo di livello più profondo che genera dei sintomi di superficie. Piuttosto, cogliere il disturbo generatore vuol dire conferire un significato unitario ai

fenomeni psichici abnormi. In altre parole, non si tratta di un costrutto etio-patogenetico, ma di un costrutto *ermeneutico*.

Il compito della ricerca orientata dal concetto di TG è dunque *in primis* di natura ermeneutica. La patologia della psiche costituisce una condizione attinente al vissuto e un complesso di comportamenti il cui peculiare significato emerge unicamente attraverso "il livello personale dell'analisi" (Hornsby; Gabbani & Stanghellini) che dispiega la personale storia-di-vita, le emozioni, gli atteggiamenti, i valori e i modi dell'esperienza. I disturbi mentali sono innanzitutto *mentali*. La riduzione dei fenomeni mentali a meccanismi causali è soltanto un passo successivo.

Il TG è il nucleo di una struttura psicopatologica. Cogliere questo nucleo significa afferrare il fenomeno fondamentale di una struttura, che resta ai margini della vita cosciente, ma è anche sempre implicito e virtualmente presente in ciascuna delle sue parti manifeste e che conferisce a tale struttura coerenza significativa.

Per Minkowski, il fenomeno essenziale caratterizzante la condizione melanconica è un peculiare disturbo della temporalità. Due sarebbero per Minkowski (1930) gli elementi – distinti ma intimamente correlati – fondanti il nostro modo di vivere il tempo in condizioni normali: uno di natura dinamica che proietta il nostro *élan* verso il futuro, l'altro di natura più statica, l'"eterno" (l'*éternel*). La normale esperienza del tempo origina dalla sintesi armonica dei due elementi, così che il tempo non sia vissuto né come una fuga né come una immobilità. In condizioni patologiche, tale sintesi subisce uno scacco. Nelle depressioni maggiori l'*élan* è surclassato da l'*éternel*. Tale disturbo del tempo vissuto affiora in *ciascuno* dei fenomeni caratterizzanti la depressione maggiore, è il *legame strutturale* che conferisce loro unità e coerenza; esso consente di dare senso alle azioni, ai pensieri, alle emozioni ed alle esperienze che risulterebbero altrimenti incomprensibili.

Per tornare, concludendo, alle parole di Minkowski, il concetto di TG è il cuore di quelle ricerche che egli definisce sinteticamente fenomenologico-strutturali: «"Fenomenologiche" così credevo di aver diritto di chiamarle, poiché, andando oltre le constatazioni empiriche della clinica corrente, cercavano di penetrare fino al disturbo essenziale che le sottende tutte; e "strutturali", nello stesso tempo, per il fatto che tali ricerche avevano per fondamento la struttura stessa della nostra esistenza in rapporto al tempo vissuto e, insieme, allo spazio esso pure vissuto» (1966; tr. it., p. 10).

## BIBLIOGRAFIA


Bolton D., Hill J.: *Mind, Meaning, and Mental Disorder. The Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry*, second edition. Oxford University Press, Oxford/New York, 2003

Francioni M.: *La psicologia fenomenologica di Eugenio Minkowski. Saggio storico ed epistemologico*. Feltrinelli/Bocca, Milano, 1976

Gabbani C., Stanghellini G.: *What Kind of Objectivity do We Need for Psychiatry?*. PSYCHOPATHOLOGY, 2008, 41, 3: 203-204

Hornsby J.: *Personal and Sub-Personal: A Defence of Dennett's Early Distinction*. PHILOSOPHICAL EXPLORATIONS, 2000, 2: 6-24

Huber G.: *Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schzofrener Erkrankungen*. NERVENARZT, 1983, 54: 23-32

Kendler K.S.: *Introduction. Why Does Psychiatry Need Philosophy*?, in Kendler K.S., Parnas J. (eds.): *Philosophical Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology, and Nosology*, pp. 1-16. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2008

Lantéri-Laura G.: *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. Édition du temps, Pornic, 1998

… : *Introduction à l'oeuvre psychopathologique d'Eugène Minkowski, Postface*, in Minkowski E.: *Structure des depressions*. Nouvel Object, Paris, 1993. Tr. it.: *Introduzione all'opera psicopatologica di Eugenio Minkowski (con particolare riguardo alla struttura delle depressioni)*. COMPRENDRE, 1999, 9: 61-92

Minkowski E.: *La Schizophrénie. Psychopathologie des Schizoides et des Schizophrènes*. Payot, Paris, 1927. Trad. It.: *La schizofrenia. Psicopatologia degli schizoidi e degli schizofrenici*. Einaudi, Torino, 1998

… : *Étude sur la structure des états de depression (Les depressions ambivalentes)* (1930), in *Structure des depressions*. Nouvel Object, Paris, 1993

… : *Le temps vécu*. D'Artray, Paris, 1933. Tr. it.: *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*. Einaudi, Torino 1971 e 2004

… : *Traité de psychopathologie*. Presses Universitaires de France, Paris, 1966. Trad. it.: *Trattato di psicopatologia*. Feltrinelli, Milano, 1973

Sass L.A. (guest editor): *The phenomenology of schizophrenia: Three classic approaches*. PHILOSOPHY, PSYCHIATRY & PSYCHOLOGY, 2001, 8, 4

Sass L.A., Parnas J.: *Explaining Schizophrenia: The Relevance of* Phenomenology, in Man Cheung C., Fulford K.W.M., Graham G. (eds.): *Reconceiving Schizophrenia*, pp. 63-96. Oxford University Press, Oxford-New York, 2007

Urfer A.*: Phenomenology and Psychopathology of Schizophrenia: The Views of Eugène Minkowski*. PHILOSOPHY, PSYCHIATRY & PSYCHOLOGY, 2001, 8, 4: 279-289

Corresponding author:
Prof. Giovanni Stanghellini
Università di Chieti
Via dei Vestini, 31
I-66013 Chieti

# UNA STANZA DELLA CRISI PER I "TOSSICI"

R. DALLE LUCHE

Come ho già avuto modo di scrivere, recensendone i precedenti volumi, Gilberto Di Petta, contrariamente al suo maestro Bruno Callieri che, fondamentalmente, è un grande comunicatore orale, è un *grande scrittore*. Lo dimostra ancora una volta in questo ultimo libro, il suo più compiuto sui piani concettuali e psicopatologico ed il più ambizioso in vista delle proposte pragmatiche che contiene. *Gruppoanalisi dell'esserci*, già dal titolo, ripropone infatti linguaggi e concetti, ma soprattutto la questione storica dell'applicabilità operativa di un indirizzo, come la *Daseinsanalyse*, tanto più prezioso tanto più a rischio di estinzione e che come tale deve poter contare su delle aree protette e delle zone di ripopolazione. Una di queste è senza dubbio quell'«area intermetropolitana vastissima e socioculturalmente degradata, comprensiva dei comuni di Casoria, Casavatore, Cardito, Caivano, Arzano, Afragola», dove Di Petta, oltre a vivere, ha volutamente (?) scelto di rinchiudersi professionalmente, in quello che dalle sue descrizioni appare un servizio pubblico particolarmente inquietante e desolato, il SerT. Quest'area, e questa popolazione di utenti, così segnate dalla morte per "Suicidio, omicidio, overdose", divengono un luogo che, binswangerianamente, si apre al mondo della Cura proprio non lasciandosi assorbire dalla ritualità funebre e mortifera di questa patologia da *addiction* e della *routine* strutturata per contenerla. Per fare questo Di Petta usa l'espediente di "far finta" di dismettere ogni identità di ruolo ed ogni competenza tecnica, descrivendo ciò che accade nell'interazione corpo-

a-corpo con tale utenza di tossici e sballati, più o meno allucinati, comunque – come acutamente nota l'Autore (nel più bel capitolo del libro, il quinto) – basicamente psicotici. Utente tra gli utenti della prassi da lui innescata, marinaio comune piuttosto che comandante, Di Petta condivide scopertamente i propri vissuti, le proprie memorie, le proprie motivazioni con i peggiori tossici di strada. Facendosi uomo tra gli altri uomini, psicotico tra gli psicotici basici, Di Petta li sottrae alla pura ritualità della terapia sostitutiva offrendo loro la partecipazione paritaria a gruppi esperienziali necessariamente ben poco strutturati. Innalza il vessillo del vissuto (dell'*Erlebnis*), sollecita il *pathos* più estremo e ne esplora il potere mutativo, quando, nella condivisione gruppale, riesce a spalmare componenti emotive brute ed estreme. I *reports* di queste esperienze spesso drammatiche e drammatizzate si mescolano e si alternano, come sempre nell'opera di Di Petta, con considerazioni più classicamente psicopatologiche, con esercizi linguistici mirabilmente creativi (virtuosistici quando si immettono nelle etimologie) e ricerche stilistiche e finezze espressive degne dei grandi scrittori della strada o del termine della notte. Il testo si raddoppia in una fila continua di note e specificazioni che, come un basso continuo o una voce fuori campo, accompagnano il testo maggiore rinchiudendo spesso alcune delle migliori riflessioni ed intuizioni.

Chi è, insomma, questo Di Petta che con modalità volutamente esibite, masochiste e provocatorie sembra prenderci gusto a mostrarsi nelle vesti più dimesse e degradate? Forse un grandioso narcisista che, rivoltandosi nel fango del fallimento di tutti i suoi ideali, si trasforma in un Sansone che quegli ideali (di *setting*, di efficacia, di qualità del lavoro professionale) dichiara *inesistenti*, ma che in realtà, nello stesso tempo, ne *utilizza* le macerie indifferenziate come materia bruta e magmatica per la creazione alchemica dell'*opus*: Di Petta appare l'ombra psichiatrica di una delle più grandi icone della tossicodipendenza, quel William Burroughs che Cronenberg, nel suo *Naked Lunch*, ci mostra aggirarsi allucinato per la *casbah* di Tangeri portandosi appresso, in pezzi, la macchina da scrivere con cui trasformerà il delirio in scrittura, la vita di reietto errante in acute visioni essenziali della condizione umana.

Di Petta si lascia prendere la mano dal suo deliroide nichilistico, lo rende con enfasi e iperboli, ma non va creduto. Risorge dalle sue ceneri proponendo, suo malgrado, un metodo di lavoro, un *setting* per il suo svolgimento, delle regole da seguire, seppure – come lui dice – la prima regola, nella conduzione di questi gruppi, è non avere regole. Il lavoro si risolve, come testimoniano le continue metafore nautiche, in un viaggio per mare senza rotta e senza strumenti, con frequenti immersioni

negli abissi. Il preteso azzeramento tecnico si rende però possibile solo in virtù di una grande interiorizzazione dei diversi *setting* attraversati da Di Petta nella sua formazione personale (clinica neurologica, psicoanalisi, psicopatologia), che gli conferiscono la capacità di provocare e selezionare nel lavoro di un gruppo perennemente instabile, mutante nella sua composizione e fortemente frustrante per gli operatori, quello che è pertinente al suo scopo: i vissuti emotivi grezzi e coscienti (ma non manca qualche sogno), trasmissibili e risuonanti. L'intervento sedicente "ad alzo zero" presuppone infatti una competenza ed una sensibilità non comuni, perché il gruppo produca "qualcosa" di significativo, vale a dire, in quel contesto, qualcosa di diverso dalla droga, dai suoi effetti, dalla sua gergalità, dal suo saturante desiderio.

Il metodo di lavoro di Di Petta ha – come lui stesso ammette – antecedenti nei gruppi terapeutici che Bion effettuava in tempo di guerra, molto dello psicodramma di Moreno e probabilmente di altre esperienze più recenti (penso ad esempio a certi gruppi di autoaiuto, ma anche a certi gruppi religiosi). L'esperienza non è cioè in sé cosi innovativa, a parte la specificità dell'utenza ed il contesto in cui si situa. Inoltre, quello che Di Petta cerca, non è forse lo stesso evento dell'"esperienza emotiva mutativa" rincorso da tanta psicoanalisi umanizzata?

Il grosso problema di questo tipo d'intervento, in relazione all'utenza cui si rivolge, è che ogni tossicodipendenza prima ancora che curata va contenuta, ed il potere contenitivo dei legami gruppali – come Di Petta confessa e descrive – è terribilmente blando, tutto affidato alla memoria affettiva di soggetti che vivono in un perenne stato di alterazione crepuscolare (*"chiaroscurale"*, come mirabilmente descrive l'Autore) della coscienza. Di questo stesso "onirismo" risente anche il libro, col suo procedere associativamente, alternando generi e motivi, con la sua assenza di limiti (il rifiuto dello stile misurato dei padri viene compensato da un'ossequiosità a volte eccessiva nei loro confronti), col suo autobiografismo esasperato che va a ripescare vissuti personali, infantili e adolescenziali. Il libro si chiude, enigmaticamente ma non troppo, con una fenomenologia del clown derivata da Starobinsky (anche se manca il riferimento in bibliografia). Il clown, questa «sorta di traghettatore, di *mediatore*, tra il visibile e l'invisibile [che] fa Capriole in uno spazio irreale», sembra affascinare Di Petta in quanto appare la più autentica delle identificazioni di ruolo (delle non-identificazioni di ruolo, delle identificazioni di non-ruolo) possibili su questi sfondi micro e macro-sociali. «Io sono – si confessa Di Petta –, sul piano umano, definitivamente *borderline*, perché vado nella morte e dalla

morte ritorno: perché, a modo mio, funambolico, domino il confine, sconfinando ad ogni istante [...]».

Il libro di Di Petta è un'opera appassionante ed impressionante, coraggiosa ed importante, soprattutto come operazione stilistica di rottura, trasgressione ed ibridazione concettuale e linguistica, nell'attuale, sterilissimo, panorama della letteratura psicopatologica. Essa si apre anche ad una lettura politica, in quanto offre cospicui esempi del prezzo pagato dalle migliori menti per tentare di lavorare nei servizi pubblici italiani, almeno "in certi" che, selezionando la mediocrità, la *routine* ed il quieto vivere, si adagiano nell'abbattimento delle prestazioni al minimo da garantire e, di conseguenza, ad un massacro per l'intelligenza ed il cuore di soggetti che hanno conseguito altrove formazioni e competenze di alto profilo. Un vero e proprio scandalo che nessuno, incomprensibilmente, denuncia, forse perché ai più sta bene così o perché la psichiatria pubblica, in fondo, resta una disciplina marginale (non è e non potrebbe essere così in cardiochirurgia o in ortopedia, ad esempio). Intanto, come gli scenari dipinti icasticamente da Di Petta denunciano benissimo, i tossici si sterminano da soli con la loro esistenza erratica ed allucinata, svenduta e disperata: i malati di mente, quelli veri, che oggi non hanno neppure più il diritto al nome di schizofrenici, se ne stanno rintanati nei loro scantinati quando non sono agguantati dalle larghe e cronificanti maglie dei servizi "terricomializzati".

Il nostro auspicio è quindi che la diffusione di questo testo serva da stimolo per un dibattito che travalichi gli angusti limiti professionali e di scuola e riproponga in tutta la sua *pienezza di essere* la questione generale della salute mentale in Italia.

Dr. Riccardo Dalle Luche
Via G. Verdi, 12
I-55049 Viareggio

*Recensione al volume di Gilberto Di Petta:* Gruppoanalisi dell'esserci. Tossicomania e terapia delle emozioni condivise, *Prefazione di B. Callieri e A. Correale, Presentazione di L. Calvi. FrancoAngeli, Milano, 2006.*

# TRA *LEIB* E *KÖRPER*: PER UN'ANTROPOLOGIA PSICOSOMATICA

G. DI PETTA

*Tu non hai visto defecare un uomo,*
*ma hai avuto la rivelazione che l'uomo defeca,*
*e l'atto della defecazione* […] *ha fatto trasparire nel paziente*
*la trasformazione della materia animata in materia inanimata.*
*Hai visto eideticamente l'emergenza della carne e della morte.*
L. Calvi

Come in più occasioni ci ha ricordato Arnaldo Ballerini, «l'avere e l'essere un corpo, i diversi modi dell'esperienza del corpo, la sua significatività e, assieme, la sua opacità, sono così profondamente costitutivi della presenza umana in tutte le sue declinazioni, che non vi è psicopatologo che non si sia occupato del tema della corporeità».

Tuttavia, nonostante questa apertura, non sembra che la prospettiva fenomenologico-psicopatologica abbia granché influenzato e modificato l'orizzonte attuale di concettualizzazione dell'esperienza della corporeità vissuta (*Leiblichkeit*). Da Platone a Cartesio, infatti, fino alla moderna medicina scientifica *mindless* o alle pratiche psicoterapeutiche totalmente *brainless*, siamo purtroppo costretti, oggi, a riconoscere che, di fatto, contrariamente a tutte le aspettative, la più vasta compagine di esperienza vissuta dall'uomo, cioè proprio quella al confine mobile tra il *somatico* e lo *psichico*, è tragicamente rimasta senza nome. Cioè, in definitiva, senza comprensione e senza cura.

La cosiddetta *medicina psicosomatica*, elaborata attraverso la contaminazione di elementi psicodinamici (teoria del *Conflitto*) ed elementi

biologico-organici (teoria dello *Stress*), a partire almeno dal Secondo dopoguerra in poi, sotto questo aspetto, ha rappresentato, per noi clinici desiderosi di arricchire il nostro bagaglio interpretativo e operativo, l'ultima delusione. È accaduta, infatti, una cosa assai strana: quanto più venivano attenzionati dalla ricerca di base (biologico-molecolare e fisiopatologica) quei sistemi d'interrelazione tra il somatico e lo psichico, come il sistema endocrino, il sistema immunitario, il sistema nervoso, tanto più, paradossalmente, la vagheggiata unità psicosomatica si andava allontanando e frantumando, alla stregua d'un'illusione ottica, di un miraggio nel deserto.

L'enorme sviluppo della neurobiologia e delle neuroscienze, delle scienze cognitive e della cosiddetta *Mind-phylosophy*, da un'altra parte, se ha, per certi versi, attenuato lo scarto nel *Mind-Brain problem*, per altri versi, invece, ha accentuato di più lo iato nel *Mind-Body problem*. Poiché è evidente, almeno per chi guarda la cosa da una prospettiva fenomenologica e clinica, che la dimensione del *mentale* non è *tout court* sovrapponibile al *cerebrale*, e che il sistema nervoso, centrale e periferico, da solo, non riesce e non riuscirà mai a dare conto dell'enorme capacità d'interrelazione tra gli epiteli di secrezione, i linfociti, gli ormoni e tutta la componente tessutale, splancnica, muscolare in generale, cioè della *cenestesi*, del *Leib* o, in altri termini, per dirla con Straus, del *senso dei sensi* (ovvero dell'"en-triade" *io-corpo-mondo*).

Il testo del professor Eckhard Frick, invece, a mio avviso, rappresenta, rispetto a tutto questo vasto e dispersivo brulicare di dati empirico-neuro-filosofici, una netta inversione di tendenza, in quanto offre, in un volume discretamente contenuto e molto ben organizzato, una chiave di volta unitaria e autenticamente *antropologica* a tutte le più recenti acquisizioni scientifiche sul confine psiche-soma, al punto tale da arrivare a parlare, in definitiva, di *antropologia psicosomatica*, piuttosto che di *medicina psicosomatica*.

Il professor Frick, oltre ad essere psichiatra e psicoterapeuta, è specializzato in Medicina Psicosomatica ed è analista di *training* presso il *Carl Gustav Jung Institut* di Monaco, città in cui è docente presso la Scuola Superiore di Filosofia. Il suo lavoro si è avvalso della collaborazione del Prof. Harald Guendel, Specialista in Medicina Psicosomatica e Psicoterapia, Psicoanalista e Direttore della Clinica di Psicosomatica e Psicoterapia della Scuola Superiore di Medicina di Hannover. Il testo si apre, a mo' di prefazione, con un intenso colloquio tra Frick e Guendel, sui fondamenti *a priori*, in senso proprio kantiano, di una ricerca antropologico-filosofica nel territorio infido della Medicina Psicosomatica.

La prospettiva dell'Autore, declinata sistematicamente e unitariamente nella struttura di questo testo, è capace di riconnettersi direttamente, ed in modo assai semplice, alla più rigogliosa tradizione filosofico-antropologica relativa a queste tematiche (Kant, Kierkegaard, Nietzsche, Jaspers, Heidegger, Buber, von Weizsaecker, Foucault, Wittgenstein), su cui, tuttavia, innesta, senza apparenti discrasie e rigetti, alcuni capisaldi del pensiero psicodinamico (Freud, Jung, Bowlby, Neumann), oltre naturalmente a tener conto, con rigore teutonico, dei dati e delle acquisizioni della più recente ricerca di base e della medicina clinica *evidence based*. Ma quello che colpisce, al di là anche di questa prodigiosa intelaiatura epistemologico-ermeneutica, è l'organizzazione concettuale e tematica totalmente innovativa del volume, che, almeno in Italia, pochi avrebbero avuto l'ardire di concepire in questo modo. Passo, ora, ad una disamina analitica della struttura del testo.

I capitoli sono dieci, e la cosa che colpisce di più è che, nel titolo di ogni capitolo, compare senza falso pudore il termine *Mensch* (essere umano), declinato in una determinata ed essenziale accezione: ovvero colto in una sua essenziale modalità di darsi, esistendo come determinata forma fondamentale (*Grundformen menschliche Daseins*, direbbe Binswanger). Per cui, partendo dall'essere umano in quanto "attaccantesi" (*Der sich bindende Mensch*), si passa, nel secondo capitolo, all'essere umano *interpretante*, *comprendente i segni* o, meglio, *significante* (*Der Zeichen verstehende Mensch*). Nel terzo capitolo si affronta il problema dell'*essere umano sognante* (*Der traeumende Mensch*), e, nel quarto, dell'*essere umano* "*giocante*" (*Der spielende Mensch*). Il quinto capitolo, cuore *patico* di tutto il testo, affronta la tematica dell'*essere umano* "*angosciantesi*" (*Der sich aengstigende Mensch*) e, nel sesto, finalmente, si abbraccia la *crux et deliciae* di tutta la più squisita ricerca fenomenologica, da Husserl a Merleau-Ponty, da Sartre a Marcel, a De Waehlens: *il corpo che ho e il corpo che sono* (*Der Körper, den ich habe. Der Leib, der ich bin*). Il settimo capitolo, invece, è tutto impostato sul problema del dolore, e si chiama: *L'essere umano dolente, o patente, o paziente* (*Der leidende Mensch*). L'ottavo attraversa la regione *ontologica* della colpa, con il titolo di: *L'essere umano colpevole* (*Der schuldige Mensch*), il nono, come logica conseguenza, guarda all'*essere umano che soffre il lutto* (*Der trauernde Mensch*) ed è centrato tutto sull'ontologia della perdita. E il decimo, infine, è sulla vitalità, dal titolo: *L'essere umano vitale – dall'io al sé* (*Der lebendige Mensch – Vom Ich zum Selbst*).

Come non leggere in questo schema, con forza assai rinnovata, quanto già Cargnello, sulla stretta scia di Binswanger, andava strutturando con il suo concetto di *corpo vissuto* come *sinonimo* dei *modi di*

*essere della presenza nel mondo*, ovvero «maniera in cui la presenza si progetta corporalmente»? Zaner, in modo assai icastico, concludeva, a tal proposito, che «l'esserci è sempre *embodiment*». A tal proposito è veramente sorprendente constatare come l'indagine daseinsanalitica condotta da Cargnello sulla corporeità finiva per usare, alla stregua di una vera e propria categoria *a priori* in senso kantiano e husserliano, lo stesso *participio presente* (*-ente*; *-ante*) che utilizza largamente Fricks in questo incredibile testo: il *Leib* di Cargnello è, infatti, afferr-*ante*, assum-*ente*, compar-*ente*, mascher-*ante*, eserc-*ente*, port-*ante*, grav-*ante*.

Luciano Del Pistoia, a proposito di un caso descritto da Calvi, in cui un'infermiere, mentre medica un paziente, rimane *sorpreso* dalla sua improvvisa e violenta defecazione[1], lo definisce come "il caso del Defec-*ante*", utilizzando anch'egli, non a caso, il *participio presente*, ovvero il *progressive pres-ent* (*-ing*), come dicono gl'inglesi, evidentemente così denso della vividezza e dell'attualità dell'*Erlebnis*, che sono state tradite, invece, dalla vulgata neolatina della parola *vissuto/vécu*. Il rimando che Del Pistoia fa al *Prigione mor*-ente di Michelangelo Buonarroti, esposto al Louvre, è emblematico di questa visione caratterizzata da parti ben definite e parti appena sbozzate, dove il "non-finito" si limita alle parti accessorie, e il "concetto" è compiutamente espresso nell'immagine ritorta su se stessa, tesa nel ritmo di un'inesausta aspirazione verso una *forma* che raccolga e chiuda la tormentosa coscienza delle contraddizioni umane; proprio come noi clinici, atteggiati fenomenologicamente, cerchiamo di fare quando, incontrando il *Dasein* dei pazienti sottoforma di corpi che sono al mondo, cerchiamo, tra una visione eidetica e una considerazione clinica, alla stregua di un lampo nella notte, di averne una forma, un'idea, un'immagine che colga, a dispetto della sua incandescente intermittenza, la totalità del tutto.

La lettura dei singoli capitoli di questo testo è di un interesse estremo soprattutto per la capacità dell'Autore di coniugare elementi provenienti da saperi diversi che, straordinariamente, non solo non entrano in contraddizione, ma vengono dall'Autore accostati per i giusti bordi di collimazione. Ma l'aspetto a mio avviso più significativo di tutto il testo, ciò che resta, come idea finale, al di là dei singoli, pregevoli contenuti, è che il clinico-psicopatologo-psicoterapeuta ne vien fuori, di fatto, come scienziato umanista (*Humanwissenschaftlicher*) e la medicina basata sulle evidenze ne vien fuori come caratterizzata da

[1] «Volevo fuggire da quell'ammasso di sterco, di carne marcia, di sangue, ma non riuscivo a distogliermi da quel poveruomo» (Calvi, *Op.cit.*, p. 68)

un'implicita antropologia («*als ob die evidenzebasierte Medizin eine implizite Anthropologie hat*»).

L'idea, ad esempio, assolutamente foucoltiana, che la storia dell'umanità («*eine grosse kollektive Biographie der Menschheit*») sia scritta nelle cartelle cliniche sparse tra gli archivi ieri polverosi, oggi informatici, degli ospedali del mondo, conduce all'idea che aiutare i pazienti "organici" significa condurli a ritrovare, in qualche modo, tra un accertamento strumentale e uno di laboratorio, tra un intervento chirurgico e un trattamento medico, la loro *anima dimenticata*, la *totalità*, di jaspersiana memoria (*Ganzheit*), abbondantemente perduta nella rima di frattura tra lo psichico e il somatico. L'aspirazione di ogni clinico, psichiatra o meno, era questa, in fondo, e dovrebbe tornare ad essere questa. Il termine *psiche*, del resto – ci ricorda perentoriamente Frick – non è che la traduzione alleggerita e svuotata di corporeità dell'ebraico *nefesh*.

Un testo, questo di Frick, a mio avviso indispensabile, oggi, per lo psichiatra e lo psicologo clinico, soprattutto se impegnati nel cosiddetto lavoro di consultazione, dove è sempre più evidente che i colleghi internisti o chirurghi relegano quei casi che, pur non aderendo a criteri di evidente nosografia psichiatrica, "semplicemente" non rispondono ai loro protocolli *standard*, ovviamente cortocircuitanti quella dimensione che per Binswanger era la storia interiore della vita (*innere Lebensgeschichte*), che molti esseri umani ancora significano soprattutto attraverso i mille modi di essere e di ammalarsi nel corpo. Il testo è, inoltre, ricco di schemi riassuntivi e di *topics* evidenziati in riquadri grigi a scopo didattico. Anche in questo senso lo sforzo di dare fondamenti filosofici alla medicina psicosomatica non tradisce la declinazione operativo-pragmatica dell'Autore, che, non dimentichiamolo, è fondamentalmente un clinico, interessato, quindi, innanzitutto, ad aiutare pazienti in difficoltà.

Differentemente che da noi (dove, quando non si dimostra la base organica, il paziente viene deriso perché "*non ha niente, fa finta*" ed è pertanto scaricato allo psichiatra come spazzatura), in Germania il concetto di malattia somatica ad eziopatogenesi psico-emozionale ha trovato una sua dignità epistemologica, tant'è che ci sono cattedre universitarie specifiche e le *Krankenkassen* (le Assicurazioni dei malati) coprono fino a due anni, rinnovabili, il trattamento psicoterapeutico di pazienti con dimostrata sofferenza di questo genere.

Si auspica, pertanto, di questo incredibile testo, a breve, una traduzione in italiano, per tutti coloro che non hanno facile accesso alla lingua tedesca.

Manca, forse, a volerla dir tutta, l'undicesimo capitolo, che io avrei intitolato, in onore a Binswanger, e sulla scia di quanto elaborato da Callieri, *Der liebende Mensch*, ovvero l'*essere umano amante*.

Ma, in fondo, nella prospettiva psicosomatica, come è sempre nella clinica, il vertice del dolore (Πατοσ–Αλγοσ) è prevalente rispetto a quello dell'amore (Εροσ).

In questo senso l'approccio psicopatologico al corpo rimane oscillante e fortemente ambiguo tra una patologia dell'esperienza (dove è prevalente il dolore) e un'esperienza della patologia (dove, forse, è prevalente l'amore).

## BIBLIOGRAFIA

Ballerini A.: *L'ambiguità del corpo: ovvero il corpo e il delirio*. Relazione tenuta da A. Ballerini a Cosenza il 27-06-1999 e a Milano il 08-05-1999

Binswanger L.: *Grundformen und Erkenntnis Menschliche Daseins* (1942). Reinhart, München, 1962

Callieri B.: *La corporeità dell'amore*, in *Corpo esistenze mondi, per una psicopatologia antropologica*, pp. 79-91. Ediz. Univ. Romane, Roma, 2007

Calvi L.: *Per una fenomenologia del sollievo*, ne *Il consumo del corpo. Esercizi fenomenologici d'uno psichiatra sulla carne, il sesso, la morte*, pp. 67-74. Mimesis, Milano, 2007

Cargnello D.: *Alterità e alienità*. Feltrinelli, Milano, 1966

Del Pistoia L.: *Il Prigione morente*, *Postfazione* a Calvi L., *Op. cit*, pp. 191-200

Zaner M.: *The problem of Embodiment. Some contributions to a phenomenology of the body*. L'Aia, Nijhoff, 1964

Dr. Gilberto Di Petta
I Trav. Diaz, 5
I-80026 Casoria (NA)

*Recensione al volume di Eckhard Frick:* Psychosomatische Anthropologie. *Kohlhammer, Stuttgart, 2009, pp. 237, Euro 19,90.*

# ERWIN STRAUS E L'ANALISI STRUTTURALE DELLE OSSESSIONI

C. MUSCELLI

*Sull'ossessione*, pubblicato nel 1948, è uno dei pochi scritti che Erwin Straus dedica ad una specifica psicopatologia. Straus, infatti, non ha scritto molto sulle condizioni patologiche della coscienza, quanto piuttosto si è occupato di confrontare la riflessione psichiatrica con la normalità. È però attraverso tale confronto che è riuscito, a suo modo, a rispettare l'obiettivo più generale della psicopatologia fenomenologica: realizzare una descrizione del mondo di una persona. Straus, a differenza di Jaspers, compie descrizioni fenomenologiche "oggettive"[1], getta il suo sguardo sulla realtà manifesta, sulle cose con le quali il paziente ha a che fare: «[...] molti psicoterapeuti volgono la loro attenzione quasi esclusivamente all'inconscio e al passato, trascurando così l'analisi dei "fenomeni superficiali". Questa è la ragione per cui il termine "ossessivo" viene frequentemente utilizzato in modo generico» (2006, p. 61). Van den Berg riconosce a Straus la capacità d'elaborare quel che chiama una *patografia extrospettiva*, «una patografia cioè che non si limita ad enumerare ciò che il paziente può osservare introspettivamente "in se stesso" come sensazione "cosciente", ma che consiste in una descrizione della *fisionomia* patologica *del mondo* (Erwin Straus),

[1] Alla differenza tra una fenomenologia "soggettiva" ed una "oggettiva" in relazione al disturbo ossessivo fa cenno A. Ballerini. Anche Spiegelberg evidenzia tale aspetto del lavoro strausiano: «Straus non è un metodologo. La forza del suo lavoro sta nella concretezza dei suoi principi impliciti, sui quali, però, riflette se non altro incidentalmente; inoltre,è interessato alle loro implicazioni filosofiche» (p. 267).

ossia una descrizione di quei mutamenti che il malato osserva con maggior forza e immediatezza» (p. 51). In realtà, la dichiarazione di adesione al metodo fenomenologico è, per così dire, tardiva, e può essere collocata intorno agli anni '60, con l'inaugurazione del ciclo delle Lexington Conferences organizzate dallo stesso Straus; ma non commetteremmo un arbitrio se affermassimo che, sin dall'inizio della sua carriera, pratica il metodo fenomenologico prima ancora di aver riflettuto sulla sua teoria: Straus riesce a rendere lo sguardo fenomenologico "spontaneo".

Già nel titolo[2], il libro dedicato alle ossessioni intende essere anche una proposta metodologica, poiché per l'osservazione psicopatologica viene proposta l'adozione di una più originale prospettiva, denominata "analisi strutturale". La cifra dell'analisi strutturale è chiara: se si vuole rintracciare l'essenza costitutiva, la *struttura* di un disturbo psichico, occorre confrontare gli elementi caratterizzanti di quel disturbo con i loro corrispondenti nella psicologia normale. Nel lavoro psichiatrico – sostiene Straus – occorre più attenzione alle modalità *normali* dei fenomeni, poiché solo attraverso il confronto con la normalità è possibile raggiungere un'effettiva comprensione delle manifestazioni psicopatologiche. Troppo spesso, invece, l'esplicitazione della normalità non viene intesa come compito specifico della psichiatria. In questo senso, l'analisi strutturale si propone come metodo per la realizzazione d'una comprensione totale dell'uomo: «si deve procedere dall'approccio genetico-biografico all'analisi strutturale; nella sostanza dallo studio dell'uomo come organismo isolato alla considerazione dell'uomo nelle sue svariate relazioni col mondo» (Straus, 2006, p. 146). L'interesse per l'uomo, e non per la malattia è in fondo un elemento costante del lavoro di Straus; per citare solo un caso, al termine di un saggio del 1962 sulla fenomenologia delle allucinazioni, egli elogia Esquirol per aver compreso anzitempo che non dovremmo definire le allucinazioni, ma per comprendere l'uomo allucinato (1966, p. 288). La psichiatria non dovrebbe occuparsi della definizione delle singole patologie, ma della descrizione dei modi di *essere nel mondo* caratterizzati da certi disturbi.

Straus prende in esame tre varietà cliniche dell'ossessività: la nevrosi compulsiva, la psicosi da contaminazione e una forma intermedia chiamata *scrupolosa.* Nel caso delle nevrosi compulsive si combatte contro precisi istinti, localizzabili e identificabili, che contrastano con convincimenti morali.

Le psicosi da contaminazione – la forma più caratteristica della patologia ossessiva – obbligano ad una lotta inesauribile contro la "de-

[2] Il titolo completo è: *Sull'ossessione. Uno studio clinico e metodologico*.

composizione", che è sentita come potere e come sostanza cosmica; la variante da contaminazione è considerata una forma d'autentica psicosi, con documentate transizioni verso la schizofrenia. Seppure Straus si rivolga quasi esclusivamente ai casi d'ossessione da contaminazione, il risultato della sua analisi è una rappresentazione non solo della persona ossessiva e del tema centrale delle ossessioni – l'emozione del disgusto – ma una descrizione dell'intero mondo dell'anancastico. L'ossessione, secondo la nota espressione strausiana, è infatti un disturbo della *relazione simpatetica con il mondo.* Affinché quanto detto in relazione al disturbo ossessivo possa assumere un significato più ampio per l'intera psicopatologia, osserviamo che il "metodo" dell'analisi strutturale, esposto ne *Sull'ossessione*, aspira a descrivere il mondo umano sempre nei termini di una relazione. E questo un fondamento della teoresi strausiana che può essere espresso con laconica limpidezza: l'esperienza è la relazione che gli uomini intrattengono con il mondo. La relazione con il mondo – secondo Straus – si mostra essenzialmente nelle operazioni d'*unificazione* e di separazione*:* tali operazioni sono la volontà e la capacità di unione o di separazione dalle cose che prestano alle cose stesse la fisionomia della gradevolezza o del disgusto; dall'altro lato, è la fisionomia gradevole o disgustosa delle cose che stimolerà l'inclinazione verso l'unificazione o verso la separazione. Così, per quel che concerne il mondo dell'ossessivo, è la separazione dall'interezza di un organismo vivente che rovescia la fisionomia dal piacere al disgusto. Disgustoso è infatti l'*informe,* l'*aneidos,* laddove l'*eidos* è ciò che è armoniosamente composto (von Gebsattel). Gli escrementi, per esempio, sono disgustosi in quanto informi, sì come il cadavere è repellente perché ha perso la forma originaria (armonica) del corpo vivente. Ma, nell'ossessivo, l'inclinazione verso la separazione è costante ed è dunque permanentemente variata la fisionomia di ogni cosa dalla gradevolezza al disgusto.

Le ossessioni, come altre patologie, rappresentano dunque un guasto nella "relazione simpatetica col mondo", uno sbilanciamento: da una relazione, che nella normalità è informata dall'unità, si passa ad una relazione dominata dal carattere della separazione (e della decomposizione).

L'analisi strausiana delle modalità *normali* delle relazioni considera certamente il tempo e lo spazio vissuti, ma l'elemento d'originalità è certamente l'introduzione di una categoria descrittiva affatto particolare: la materialità, che viene però definita il *fisiognomico,* proprio per indicarne la natura di relazione. L'importanza della categoria della materialità per l'analisi delle patologie sta nel fatto che essa esprime l'idea del legame tra gli oggetti, i corpi, le loro qualità e l'atteggiamento dell'uomo che è con essi in relazione: il fisiognomico è l'aspetto della

materia e l'atteggiamento relativo. In questo senso, il fisiognomico è uno strumento descrittivo utilizzabile per comprendere la relazione dell'uomo con il suo ambiente. Seppure l'atteggiamento dell'uomo nei confronti degli oggetti dipenda sempre da fattori socio-culturali, questi sono stati spesso negletti e Straus, in ciò, vede un segno del comune disinteresse verso la normalità. D'altro canto, Straus riconosce il vantaggio dell'approccio "scientifico" alla materia: gli oggetti sono ridotti a "campioni" e viene loro assegnata un'unica fisionomia, lontana dalla vita di tutti i giorni. In questo modo il fisiognomico – il gioco della relazione tra la materia e la reazione umana – non viene considerato.

Il disgusto – tema centrale nelle ossessioni ed emozione fondamentale della personalità ossessiva – è dunque una delle componenti del fisiognomico: dominate dall'emozione del disgusto, le cose appaiono come pura materia contaminante e non viene più vista la loro funzionalità né il loro valore estetico o economico. La materia assume un aspetto solamente ripugnante.

Attraverso un gran numero di esempi tratti dalla letteratura, dal teatro oltreché dalla vita quotidiana, Straus mostra l'evidenza della deviazione dalla normalità della percezione delle qualità fisiognomiche della materia: la materia perde la sua unità e la sua organicità per divenire sostanza in decomposizione, substrato eternamente morente. Se osserviamo i fenomeni ossessivi a partire dall'aspetto della materia, e non dall'emozione dominante, possiamo ugualmente arrivare a dire che è la percezione costante di una certa qualità fisiognomica, che pervade l'intera realtà materiale, a provocare l'intollerabile disgusto dal quale l'ossessivo tenta invano di liberarsi. Non importa da quale termine inizi l'osservazione poiché il fisiognomico riassume in sé la relazione dell'uomo con la materia del mondo.

I risultati dell'osservazione del tempo-vissuto e dello spazio vissuto non differiscono molto dalle descrizioni proposte da Minkowski e von Gebsattel, ma nuove sono l'associazione al fisiognomico e l'individuazione del *divenire* quale *tempo normale* dell'uomo. Il tempo vissuto dell'ossessivo perviene ad una stasi proprio in ragione dell'incapacità di superare la battaglia eterna contro l'inarrestabile processo di decomposizione: l'ossessivo è intrappolato in un tempo inarticolato perché non finisce mai di combattere la battaglia contro il fisiognomico (decomposizione) ed il relativo disgusto. Esemplare è il caso di Berta, in cui si assiste ad una reale esclusione del divenire: «così è infine arrivata a fare pace col mondo, riuscendo a confinare la propria esistenza in una piccola area protetta, a evitare l'invalidità e a continuare la sua vita in una tranquilla *routine* in cui i giorni si susseguivano senza cambiamenti, senza alcun avvenimento. Per 16 anni, dal 1922 al

1938, la paziente è stata nella stessa casa; per 16 anni ha continuato a ricamare: la stasi della storia personale nel tumulto del tempo» (Straus, 2006, p. 102).

Anche lo spazio-vissuto subisce delle modificazioni in senso restrittivo: lo spazio in cui è possibile soggiornare si riduce all'aumentare dello sforzo che l'ossessivo compie per evitare la decomposizione e la morte. Gli effetti del disturbo della relazione simpatetica, in conclusione, possono essere così riassunti: il fisiognomico – l'aspetto qualitativo degli oggetti – diventa predominante e sovrasta la semplice oggettività dei fenomeni; la fisionomia del mondo dell'ossessivo è solo quella della decomposizione, in tutte le sue varie forme; il mondo è in decomposizione in modo omogeneo, nel senso che non esistono parti e luoghi che si salvino dalla decomposizione e che presentino, perciò, un'altra fisionomia; il mondo perde la sua articolazione polare finché restano solo il "male" ed il rifugio che l'ossessivo tenta di proteggere.

Seguendo Straus, potremmo arrivare ad affermare che il disgusto indica la *distanza* dell'ossessivo dalla vita e la conseguente introduzione di una "inclinazione" alla morte.

## BIBLIOGRAFIA

Ballerini A.: voce *Ossessione*, in *Psiche. Dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze*, II. Einaudi, Torino, 2007

Berg J.H. van den: *Fenomenologia e psichiatria*. Bompiani, Milano, 1961

Gebsattel V.E. von: *Il mondo dell'anancastico*, in Minkowski E., Gebsattel V.E. von, Straus E.: *Antropologia e psicopatologia*. Bompiani, Milano,1967

Spiegelberg H.: *Phenomenology in Psychology and Psychiatry*. Northwestern University Press, Evanston, 1972

Straus E.: *Phenomenology of hallucinations, Phenomenological Psychology*. Basic Books, New York, 1966

… : *Sull'ossessione. Uno studio clinico e metodologico*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2006

Dr. Cristian Muscelli
Via Luigi Pastori, 3
I-63100 Ascoli Piceno

*Recensione al volume di E. Straus:* Sull'ossessione. Uno studio clinico e metodologico. *Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2006*

X CORSO RESIDENZIALE DI PSICOPATOLOGIA FENOMENOLOGICA
2009/2010 - Figline Valdarno

# *Psicoterapia e percorsi di cura in Psicopatologia Fenomenologica*

27 Novembre 2009: Inaugurazione e Presentazione del Corso da parte del Dr. Riccardo Nocentini, Sindaco di Figline Valdarno

27-28 Novembre 2009: *Introduzione alla psicopatologia fenomenologica*

*Psicopatologia fenomenologica: excursus storico-critico*: Gilberto Di Petta
*Che cos'è la fenomenologia oggi?* Federico Leoni e Giovanni Stanghellini
*Psicoanalisi e/o fenomenologia narrativa?* Bruno Callieri
Moderatori: Lorenzo Calvi e Arnaldo Ballerini

I. 5-6 Marzo 2010: *Dalla clinica del "caso" alla cura della persona: psicopatologia e psicoterapia*

Relatore: Arnaldo Ballerini
Moderatore: Giovanni Stanghellini
Moderatore discussione: Gilberto Di Petta
Storia clinica presentata da Paolo Colavero commentata da Arnaldo Ballerini, Gilberto Di Petta, Giovanni Stanghellini

II. 23-24 Aprile 2010: *Clinica dell'affettività: psicopatologia, psicoterapia e percorsi di cura*

Relatore: Mario Rossi Monti
Moderatore: Andrea Carlo Ballerini e Nicoletta Gosio
Storia clinica presentata da Marina Cobianchi commentata da Paolo Scudellari

III. 7-8 Maggio 2010: *Clinica delle psicosi autistiche, deliranti o subapofaniche: psicopatologia, psicoterapia e percorsi di cura*

Relatore: Arnaldo Ballerini
Moderatore: Ludovico Cappellari e Giampaolo Di Piazza
Storia clinica presentata da Simona Granà commentata da Leonardo Meneghetti

IV. 18-19 Giugno 2010: *Clinica della tossicomania: psicopatologia, psicoterapia e percorsi di cura*

Relatore: Gilberto Di Petta
Moderatore: Arnaldo Ballerini e Giampaolo Di Piazza
Storia clinica presentata da Antonina Di Cintio commentata da Arnaldo Ballerini, Gilberto Di Petta e Giampaolo Di Piazza

V. 8-9 Ottobre 2010: *Clinica della personalità: psicopatologia, psicoterapia e percorsi di cura*

Relatore: Antonello Correale
Moderatore: Giovanni Stanghellini e Riccardo Dalle Luche
Storia clinica presentata da Danilo Tittarelli commentata da Antonello Correale, Giovanni Stanghellini e Riccardo Dalle Luche

VI. 19-20 Novembre 2010: *Il comprendere fenomenologico* dell'essere Famiglia *nella nostra cultura attuale: implicazioni per la clinica psicoterapeutica*

Relatore: Corrado Pontalti
Discussione: Vittorio Cigoli e Roberto Vitelli
Storia clinica *Trattamento multidimensionale di un adolescente con fenomenologia borderline e organizzazione schizoide di personalità: un cammino di sei anni verso la vita* presentata da Luigi Cinque, Angelo Fiorini, Silvia Morgante commentata da Massimo Semenzin
Tavola rotonda: Arnaldo Ballerini, Gilberto Di Petta, Mario Rossi Monti

Sede: Palazzo Pretorio di Figline Valdarno (FI)
Per informazioni e iscrizione: AIM Group, Viale Mazzini 70, 50132 Firenze,
tel. 055-233881 - dipiazzagiampaolo@yahoo.it

## PRESENTAZIONE DEL CORSO

Il X Corso Residenziale di Psicopatologia Fenomenologica di quella che, ormai, va sotto il nome di "Scuola di Figline Valdarno", segna una svolta nella formazione, nella didattica e nella declinazione operativa della psicopatologia fenomenologica. Sulla base dell'esperienza maturata negli ultimi anni e delle valutazioni dei corsisti questa edizione si presenta, infatti, con una struttura e con un'intenzione del tutto rinnovate. Il *focus* è interamente spostato sulla psicoterapia e sui percorsi di cura che scaturiscono dalla impostazione psicopatologica. Il numero dei relatori è ristretto a clinici di provata esperienza e di chiara apertura verso la prospettiva fenomenologica.

In occasione dell'incontro introduttivo del 27-28 novembre 2009 (iscrizione gratuita) si illustreranno le dimensioni di base, i fondamenti, le linee guida per il passaggio dal crinale psicopatologico a quello (psico)terapeutico. Si partirà, quindi, dalla clinica del caso singolo per costruire poi dimensioni operative, di intervento terapeutico, e percorsi di cura. Le tematiche selezionate negli incontri successivi (disturbi affettivi, deliranti, tossicomani, di personalità, alimentari) sono strettamente inerenti alle situazioni di più comune e drammatica evenienza nei servizi. Come la "cronaca dei fatti" della raccolta anamnestica diventa, binswangeriamente, "storia interiore della vita"? Dove la "proporzione antropologica" gioca il suo ruolo? Dove si incrina il *sensus communis*, e come si incontra l'idionomia per il recupero di una possibile coesistentività? La dialettica tra "persona" e "disturbo" come si articola nel percorso che si snoda tra le sequenze di transizione, alla ricerca di un guado possibile verso la realtà condivisa? Come si interfacciano esperienze vissute, paticità, situatività con l'evanescente eppure ricercata intersoggetttività, reciprocità, intercorporeità? Dove l'impersonale biologico consente l'innesto dell'individuale storico? Come si dà l'incontro tra impassibilità e commozione, comprensione e interpretazione? Come si intersecano i piani fenomenologico, clinico, antropologico, esistenziale? Come si strutturano i *setting* duale e gruppale dell'analisi del *Dasein*? Qual è il senso dell'approccio fenomenologico nel *setting* istituzionale?

Queste saranno le linee traccianti che, nei seminari residenziali, attraverseranno le grandi aree tematiche della psichiatria clinica, in cui tutte le nozioni di base della fenomenologia (epochè, mondo della vita, intenzionalità, incontro, intuizione eidetica, fenomeno, esperienza vissuta) si muovono dinamicamente articolate.

Nel pomeriggio del venerdi il relatore tratteggerà i percorsi terapeutici possibili a partire da situazioni cliniche, mentre i moderatori coglieranno gli spunti di riflessione, proporranno altre chiavi di lettura, promuoveranno le domande da parte dei partecipanti.

Il sabato mattina un corsista terrà un intervento preordinato su di una situazione clinica, sulla quale verterà la discussione tra i corsisti supportata dall'intervento dei moderatori. L'interazione verrà privilegiata per rispondere al bisogno di raccordare le pratiche della cura (farmacologiche, riabilitative, psicoterapeutiche) su di un *background* psicopatologico chiaro e condiviso.

Chi vuole oggi avvicinarsi alla psicoterapia fenomenologica non può prescindere da una rigorosa metodologia psicopatologica, dove gli organizzatori di senso, fuori dall'ottica descrittiva, vengono declinati in una radicale prospettiva di incontro terapeutico.