

Eugenio Borgna

**L'ESPERIENZA PSICOTICA
COME SCACCO DELLA INTERSOGGETTIVITÀ**

Ma qual è la differenza tra errore e disturbo mentale? Ossia, che differenza c'è fra il trattare una certa cosa come un errore e il trattarla come un disturbo mentale?

Ludwig Wittgenstein²⁵

Soglia

Non c'è interpretazione della « malattia mentale » che non sia aggan-
ciata consapevolmente, o inconsapevolmente, a fondazioni filosofiche.²⁴ Una
concezione filosofica (una visione del mondo), che muova dalla considera-
zione della condizione umana come microcosmo monadologico, è indotta
a collocare l'esperienza psicotica (l'esperienza della malattia mentale) nel
circolo di un disturbo meramente individualistico che faccia a meno della
intersoggettività e della dimensione dialogica dell'esistenza. Di contro, una
concezione filosofica, che nel solco delle grandi tesi fenomenologiche muova
dalla connotazione radicalmente aperta e *interpersonale* della esistenza, è
indotta a considerare il dramma della follia nel contesto della infinita rete
delle relazioni umane e ambientali che segnano il nascere e l'evolversi di
ogni esperienza psicotica. La concezione fenomenologica della malattia
mentale trasforma *questa* umana possibilità da evento senza senso ad espe-
rienza immersa nella linea del significato (della donazione di senso).

L'oggetto della psichiatria

Non c'è una *sola* psichiatria ma ci sono *diverse* psichiatrie. Ogni psi-
chiatria sottintende un suo proprio metodo conoscitivo e non solo un suo
proprio oggetto: un suo proprio orizzonte tematico.

La psichiatria somatologica (organicistica), muovendo da premesse
indagate o inindagate che fanno riferimento a matrici ideologiche positi-
vistiche (paleopositivistiche o neopositivistiche), si serve del metodo indut-

tivo specifico e costitutivo di ogni disciplina naturalisticamente impostata. Non esiste, qui, la persona come portatrice di sintomi (di segni) che cambiano la loro connotazione semantica *nel* contesto della persona e del mondo in cui questa vive; ma esiste la « malattia » come orizzonte teleologico assoluto ed esclusivo al quale ci si rivolge in un atteggiamento di fredda neutralità e di distanziamento obiettivante: che sezionano il sintomo psicopatologico nella sua costituzione schematica senza risalire ai nodi di significato che nel sintomo si addensano e si stratificano.

Il metodo della esplicazione (dell'*Erklären*) dei fenomeni psichici tematizza, in questa prospettiva, lo psichico come oggetto naturale di conoscenza: considerandolo come *oggetto* di esperienza induttiva. Come dice Tellenbach²⁴, la ragione, per cui questo metodo è così privilegiato, consiste nel fatto che la esperienza *non* induttiva (l'esperienza ermeneutica, quella fondata sul *verstehen*, e cioè sull'intendere, quella fenomenologica e quella atmosferica) è debole in ordine alla verificabilità dei suoi risultati nei confronti della esperienza induttiva. (Ma non si può non riflettere sulla necessità drasticamente sottolineata da Heidegger¹⁰ del fatto che il legame delle scienze umane, delle scienze *non* matematiche, al loro « oggetto » non deve essere *esatto* nel senso della fisica e delle scienze naturali ma deve essere solo *rigoroso*). Conformemente alla distinzione cartesiana fra sostanza estesa e sostanza pensante, la psichiatria naturalistica (scientifico-naturale) *pensa* l'uomo nel modo di una figura naturale che non può se non essere oggetto di un metodo scientifico-induttivo.

La psichiatria « ridotta » ad oggetto (a cosa che nasca da una ipotetica lesione organica: *cerebro-organica*) si destituisce della sua autonomia e della sua originalità, della sua complessità e della sua radicalità. La psichiatria che divenga *encefalo-iatria*, si perde e si disperde nella ricerca di quelle (kraepeliniane) unità naturali di malattia che sono la espressione di una riduzione positivista di ciò che è infinitamente più complesso e irriducibile nei confronti della dimensione biologica.

La psichiatria *non* può avere come oggetto della sua ricerca la sola « malattia » psichica (quella entità astratta che è chiamata illusoriamente *malattia*) sia perché, al di là di quelle che sono le psicosi organiche, non è stata finora dimostrata alcuna attendibile fondazione somatogenetica delle psicosi che chiamiamo indiziarmente *endogene* sia perché, nella prospet-

tiva radicale e nihilistica (ma fortemente ancorata alla psicopatologia clinica) di Kurt Schneider²¹, le esperienze psicotiche endogene (l'esperienza malinconica e maniacale, e quella schizofrenica) non sono se non definizioni convenzionali di *Gestalten* psicopatologiche che non hanno nulla a che fare con ogni ipotizzata « unità naturale di malattia » sia perché, infine, la plasmabilità camaleontica e la trasformabilità dei sintomi (dei segni) costitutivi dell'esperienza psicotica non sono conciliabili con l'esistenza di una malattia somatogenetica.

Se in psichiatria, come in ogni scienza del resto, teoria e prassi *non* si disgiungessero dialetticamente, una impostazione naturalistica di fronte alle esperienze psicotiche, di fronte *ai pazienti* che sono portatori di una esperienza psicotica, dovrebbe chiudersi e inaridirsi nel circolo di una assoluta in-differenza e di una radicale neutralità tecnica. Se l'oggetto della psichiatria non fosse se non una « malattia » collocata nel contesto delle strutture encefaliche, quale *sensu* mai avrebbe la considerazione psicologica e umana della persona *segnata* dalla malattia: al di là della generica umana disponibilità di ogni medico?

Quando Griesinger⁹ ha affermato che le malattie psichiche *sono* malattie cerebrali, ha sigillato questa concezione naturalistica della esperienza psicotica. D'altra parte, sono di Griesinger alcune parole fra le più alte e umane sul *sensu* di una psichiatria apparentemente antitetica a quella che la enunciazione teorica trascinerrebbe con sé. In occasione della apertura della Clinica psichiatrica di Berlino (il 2 maggio 1867), così Wilhelm Griesinger parlava agli studenti: « Non reprimete gli slanci affettivi che ci prendono quando siamo dinanzi a questo enigma del destino che è la follia. Non crediate che si debba cancellare la partecipazione umana quando inizia l'indagine scientifica. Nell'ambito della psichiatria ci sono ancora questioni umane profonde da risolvere e i grandi pensieri vengono dal cuore. In quest'opera intelligenza e tecnica lavoreranno meglio, e saranno più capaci di aiuto, se voi avrete conservato un caldo sentimento per la infelicità umana dei pazienti ».⁸

Certo, la contraddizione fra enunciazione teorica e condotta pratica (clinica) esiste: nella misura in cui si abbia nondimeno consapevolezza della precarietà e della problematicità di ogni concezione teorica in psichiatria, e *non* si cada nel vortice della ideologia, *anche* una *Weltanschauung* rigi-

damente organicistica, come quella di Griesinger anticipatrice di ogni *altra* psichiatria somatologica (di ogni *altra* psichiatria ribaltata sulla linea esclusiva di una encefalo-iatria dilagante), si può accompagnare ad una attitudine umana e *dialogica* che riscatti ogni residuo ideologico e colga il senso del conflitto perenne (insolubile) fra le ragioni del cuore e quelle della ragione astratta e geometrica.

Quando cambia l'oggetto della psichiatria

In ogni caso, il metodo e la struttura del conoscere in una psichiatria somatologica sono inconfrontabili con quelli di una psichiatria alternativa come è la psichiatria fenomenologica (ermeneutica) che ha come suo oggetto il problema della intersoggettività.

La psichiatria, che abbia come oggetto le distorsioni della soggettività e della intersoggettività, sottintende un rovesciamento metodologico radicale (copernicano) nei confronti della psichiatria che esaurisca il suo oggetto in un disturbo *intra*individuale: considerato come disturbo organico, somatogenetico, o anche come disturbo rigidamente psicogenetico.

Infatti, muovere dalla intersoggettività e dalle sue modificazioni (dalle sue trasformazioni strutturali) per definire l'oggetto della psichiatria, significa, da una parte, rimettere in contestuale discussione la soggettività del paziente e quella del medico come elementi costitutivi del processo terapeutico e di quello conoscitivo e, dall'altra, considerare l'insieme delle relazioni sociali (familiari e ambientali) come elementi ineliminabili dal discorso sulla articolazione tematica e formale delle esperienze psicopatologiche.

Il metodo e il modello conoscitivo, che (storicamente) hanno spianato la strada a questa confrontazione radicalmente diversa con i modi di essere psicotici, si sono ispirati al movimento fenomenologico contrassegnato dai testi di Husserl,^{11 12} di Heidegger,¹⁰ di Scheler,²⁰ di Merlau-Ponty¹⁶ e da quelli di Jaspers.^{13 14}

Il conoscere fenomenologico-soggettivo nel senso di Karl Jaspers^{13 14}, che ha immerso il discorso fenomenologico nel cuore della psicopatologia, si indirizza ai vissuti (alle esperienze vissute) del paziente considerato nella sua radicale soggettività. Il conoscere fenomenologico ha, qui, come suo oggetto la vita psichica colta nella sua immediatezza e nella sua originalità: ha, cioè, come suo oggetto l'area del *vécu* nel senso di Minkowski.¹⁸

Le articolazioni psico(pato)logiche dei vissuti sono affrontate e decifrate nella loro conoscibilità mediante quella immedesimazione, quelle ininterrotte sequenze di sentire-insieme (di *Einfühlen* e di *Nachfühlen*), che in senso diltheyano e scheleriano fondano il conoscere storico ed ermeneutico. Nel vivere-insieme e nel sentire-insieme *con* il paziente, e nel ri-costruire e nel de-costruire la storia della *sua* vita, si costituisce lo statuto epistemologico del conoscere fenomenologico in psichiatria: che trova, in senso jaspersiano, il suo limite irrevocabile nella frattura fra ciò che può essere ri-vissuto (sperimentato soggettivamente), ciò che può essere soggettivamente inteso e compreso, da chi si confronta con l'esistenza psicotica e ciò che si tematizza come l'incomprensibile, come ciò che è estraneo ad ogni significato e ad ogni comprensione psicologica: come l'assolutamente *altro*.

La svolta soggettivistica, implicita nella struttura della psicopatologia jaspersiana (che si riconosceva, del resto, come autonoma e specifica nel suo statuto epistemologico e scientifico nei confronti della psichiatria intesa come scienza *applicata* e come semplice prassi), ha riportato, certo, la soggettività nel contesto del conoscere fenomenologico e psicologico e la intersoggettività nel suo orizzonte tematico radicale e irrinunciabile: ma ha finito, anche, con l'imprigionare il vissuto psicotico nelle maglie di una incomprendibilità totale: sottraendo *sensu* al vissuto psicotico e riducendolo ad evento naturale destituito di ogni dimensione storica.

La fondazione metodologica del conoscere fenomenologico jaspersiano, portata alle sue ultime (forse non necessarie) conseguenze e alle sue implicazioni teoriche esasperate, finisce (così) con il ritrovare qualche analogia formale con la dicotomia cartesiana che scinde radicalmente la sostanza estesa, la interiorità dalla mondanizzazione, la soggettività dalla intersoggettività, l'io dal mondo.

In questo senso, quando Basaglia¹ ha affermato che lo psichiatra, nella misura in cui « rinuncia a comprendere il malato e si limita a catalogarne il grado di "incomprensibilità" », fatalmente si impantana « nel terreno di pregiudizi in cui l'alienazione prende forma », ha colto *un* (possibile) limite del conoscere fenomenologico jaspersiano. In fondo, cioè *non* si è ancora realizzato, qui, quel salto radicale e vertiginoso che, muovendo dalla soggettività, si immerge nella *intersoggettività*: nel vortice inesauribile

e incandescente delle connessioni relazionali che legano l'io al mondo, l'esperienza psicotica al suo contesto.

La fenomenologia consegna un senso alla esperienza psicotica

Il metodo fenomenologico, che si esaurisce nella descrizione e nella decifrazione delle manifestazioni soggettive del paziente, è un metodo fenomenologico-soggettivo: come in Jaspers¹⁴ è stato dimostrato; ma si dà anche un metodo fenomenologico-*obiettivo* che non si limita ad analizzare e a descrivere l'area dei vissuti soggettivi, e a delimitare la soggettività dal contesto ambientale in cui essa è immersa, ma muove dalla considerazione della condizione umana come di una realtà radicata originariamente e paradigmaticamente *nel mondo*. La differenza epistemologica e metodologica radicale fra il metodo fenomenologico-soggettivo e quello fenomenologico-*obiettivo* rimanda alle diverse premesse filosofiche che corrispondono rispettivamente agli indirizzi presenti in Dilthey⁶ e in Husserl.^{11 12}

La fenomenologia husserliana, mettendo-fra-parentesi ogni dato e ogni pregiudizio, intende cogliere nella loro immediatezza eidetica le strutture di significato costitutive di ogni esistenza psicotica e *non* psicotica. Mettere-fuori-gioco ogni ipotesi e ogni teoria (nosologica), e lasciare che i fenomeni psicopatologici lascino vedere da sé ciò che essi sono nella loro evidenza, sono impostazioni metodologiche che trasformano la *Gestalt* abituale, e la sua reificata modalità di essere, di una esperienza psicotica: sottraendola al *nonsense* e alla *insignificanza*. Fondata su questo metodo (su questa *epoché*) la conoscenza fenomenologica (fenomenologico-*obiettiva*) consente di sciogliere nodi di *incomprensibilità* psicotica apparentemente estranei ad ogni decifrazione semantica e simbolica.

La applicazione più rigorosa e geniale del metodo fenomenologico-*obiettivo* (della fenomenologia husserliana e heideggeriana) in psichiatria risale a Ludwig Binswanger che, nel corso di lavori straordinari, ha consegnato ad esistenze psicotiche segnate dalla apparente *insignificanza* una profonda donazione di senso. In uno dei suoi testi più stringati e taglienti,² egli ha scritto: « noi non comprendiamo nulla del delirio fino a quando, dinanzi al paziente che delira, ci comportiamo come *soggetti disinteressati* o, ciò che rinvia alla stessa cosa, fino a quando ci poniamo davanti a noi il paziente che delira come un *oggetto* »; e questo perché « noi comprendiamo il delirio solo sulla base della nostra comune sorte umana, sulla

base della *condition humaine*, come dicono i francesi, o, ciò che significa la stessa cosa, solo se vediamo anche nel delirante l'*altro-da-noi* ».

Si dissolve, così, lo steccato che separa l'io dal mondo, il soggetto dall'*alterego*, l'anima dal corpo; e la psichiatria si fonda come scienza radicale della intersoggettività.

Cosa accade, dunque, metodologicamente e concretamente, quando un paziente che delira, o che allucina, non viene più considerato come un oggetto (come una cosa alienata) ma come un *altro-da-noi* che ci sia radicalmente simile: al di là di ogni sua alterità.

Non conosco esposizione, a questo proposito, più chiara e incalzante di quella proposta da Umberto Galimberti in uno dei suoi testi più affascinanti.⁷ Egli dice che l'indagine binswangeriana « non parte, per comprendere l'uomo, dal dualismo antropologico di anima e corpo, né da quello metodologico che articola quella scissione fra soggetto e oggetto (*Subject-Object-Spaltung*) che da Cartesio in poi è stato il cardine di ogni costruzione scientifica. Il suo punto di partenza è l'umana presenza (*Dasein*) nel suo originario essere-nel-mondo (*In-der-Welt-sein*), senza distinzione fra « sano di mente » e « alienato »: perché sia l'uno che l'altro appartengono allo stesso « mondo », anche se l'alienato vi appartiene in un modo differente per il differente strutturarsi, nel suo rapporto col mondo, dei modelli percettivi, comprensivi e comportamentali ».

Non è solo in gioco una semplice trasformazione nella impostazione metodologica e conoscitiva della esistenza psicotica; perché ne è scaturita anche una valanga di conseguenze teoriche e pratiche. Nell'area delle connessioni dirette fra metodo fenomenologico e realtà (ambigua e antinomica) della psichiatria non possono non essere sottolineate la contestazione e la destabilizzazione della delimitazione e della definizione di normalità e di a-normalità, di sanità psichica e di malattia psichica, di disturbo (interpersonale), di processualità e di reattività (in senso jaspersiano).

Al di là di questi aspetti non solo teorici, del resto, la dimensione fenomenologica della psichiatria ha significato (questa ne è la conclusione *radicale*) che l'io non possa essere isolato e staccato dal *tu*: l'io e il tu si costituiscono nel *noi* (personale e sociale) che li riassume e li fonda nella loro originarietà e nella loro complementarità. Ogni esperienza psicotica, e ogni esperienza neurotica, si svolgono e si tematizzano nel contesto dialet-

tico di una soggettività e di una mondanità (di una alterità) che si confrontano e si alimentano reciprocamente.

(Come si è lontani, certo, da una concezione della psichiatria che si risolva nella considerazione di un *io* monadologicamente inteso e rappresentato.)

Come ha sottolineato Alfred Schütz: « Di conseguenza l'apertura al tu nell'ambito del mondo ambiente può essere *unilaterale* oppure *reciproca*. È unilaterale quando io rivolgo il mio sguardo verso di te senza che tu presti attenzione alla mia esistenza, mentre è reciproca quando tu sei nei miei confronti nello stesso atteggiamento di apertura che ho assunto anch'io nei tuoi confronti ».²²

La intersoggettività come categoria *duale* si allarga e si trasforma nella realtà articolata e complessa del mondo *sociale*. Non c'è psichiatria sociale che non sia fondata su questa struttura portante della condizione umana *tout court* che è, appunto, la intersoggettività nella sua ineliminabile fondazione comunicazionale.

Gli scenari della psichiatria cambiano, così, radicalmente. L'esperienza psicotica nella sua connotazione malinconica (o maniacale) e schizofrenica si coglie nel suo senso *solo* se è decifrata e interpretata come scacco della intersoggettività: come modalità inafferrabile e nondimeno tematizzabile di una distorta comunicazione con il mondo degli altri e con il mondo delle cose. Gli splendidi studi sulla schizofrenia³ di Binswanger consentono di seguire con il fiato sospeso *come* dalla frattura della intersoggettività nascono le sequenze terrificanti e sconvolgenti del delirare e dell'allucinare, dell'estraniarsi dal mondo e del perdere la continuità temporale del vissuto.

Cogliere e tematizzare l'oggetto della psichiatria nella sua dimensione intersoggettiva ha significato (anche) analizzare e descrivere quella che è stata, e continua ad essere in alcune aree istituzionali, la determinazione sovrastrutturale (epifenomenica) della esperienza psicotica (schizofrenia): mal-intesa come espressione di una entità morbosa e di una fatale processualità che *non* sono legate ad una evoluzione immanente alla personalità ma che nascono, almeno in parte, dall'azione contestuale e patogena dell'ambiente e delle condizioni interpersonali.

Una impostazione filosofica, e una sua applicazione pratica (quella fenomenologica), trascinano con sé una modalità profondamente *altra* di inten-

dere l'esperienza psicotica e di affrontarla terapeutamente; senza trasformare il dato empirico e clinico in ideologia.

Lo scacco della comunicazione come ultima realtà psicotica

I vissuti dei pazienti si costituiscono come la premessa radicale e decisiva ad *ogni* conoscere⁵ in psichiatria. Non c'è psichiatria, e non c'è conoscenza in psichiatria, che *non* muovano dalla soggettività dei pazienti, dunque, e dalla loro significazione in ordine alla fondazione, e al *sensu*, della intersoggettività: della comunicazione intesa come architrave fra l'una soggettività e l'altra soggettività. Ovviamente, come dice Binswanger,⁴ non ci si limita, qui, alla comprensione della parole dei pazienti come se fossero una comunicazione trans-parente (una comunicazione, cioè, decifrabile nel senso della loro autointerpretazione): ma ci si richiama alle loro parole (si prendono le loro parole) in un *altro* senso, e in un senso tanto più radicale, come punto di partenza per una interpretazione ermeneutica della loro modalità di esistenza.

Il fine della indagine fenomenologica (fenomenologico- *obiettiva*), che oltrepassa i confini solipsistici della fenomenologia soggettiva jaspersiana,¹⁴ non è quello di comprendere (non è *solo* quello di comprendere) cosa i pazienti abbiano a rivelare di se stessi *ma* come in questo manifestarsi l'esistenza abbia a rivelare qualcosa di se stessa. Si tratta, dunque, di una doppia comunicazione ermeneutica: nella misura in cui *questa* indagine fenomenologica intende comprendere non soltanto il modo di essere, o la costituzione di essere, in cui il paziente si rivela (si manifesta e si declina) ma quello in cui l'esistenza, o la vita come tale, si manifesta nella esperienza psicotica.

Il linguaggio binswangeriano si fa, ora, intricato e quasi irraggiungibile perché si richiama alla fenomenologia trascendentale husserliana; ma, al di là di questo, il discorso rimanda alla fondazione ultima di ogni fenomenologia e di ogni psichiatria: a quella, cioè, che nel contesto della comunicazione, e dello scacco della comunicazione, si coglie l'essenza di ogni articolazione (dialogica e dialettica) della condizione umana: « normale » e psicotica. La radicalità dell'autismo, dell'autismo schizofrenico¹⁷ come dell'autismo depressivo,¹⁵ non si può comprendere del resto se non nell'ombra di questa dissolvenza atroce della intersoggettività e della comunicazione.

La stessa esperienza delirante e quella allucinatoria ritrovano una loro profonda unità di significato solo se sono inserite nel circolo ermeneutico di una comunicazione²³ infranta e deformata o, almeno in alcuni casi, compensativa e sostitutiva.

La torsione metaforica allenta, ma solo apparentemente, la incandescenza concreta delle esperienze psicotiche che nel discorso fenomenologico si può cogliere nella sua dimensione ardente e pacificata. Acrobazie linguistiche e allusive, certo, ma essenziali per tenere viva la psichiatria e per mantenerla in una connessione interdisciplinare (essenziale) con altre sorgenti di pensiero (quella filosofica in particolare).

In questo senso, ovviamente, intersoggettività e comunicazione non sono se non due facce della stessa medaglia; e l'esperienza psicotica non può essere intesa fino in fondo se non nel contesto, e nella figura, di un disturbo relazionale.

Come spiegare altrimenti il fatto che una esperienza psicotica (delirante o allucinatoria) *non* abbia una consistenza e una compattezza *insensibili* alla situazione ambientale e interpersonale, in cui il paziente vive, ma, invece, una estrema plasmabilità e una singolare connotazione osmotica: tali da determinare la accensione, e lo spegnimento, di un delirio (di un mondo delirato) al di là di ogni somministrazione farmacologica *solo* in connessione con il contesto ambientale: con il rifiuto, o la accettazione, che il contesto dimostra nei confronti del paziente e delle sue manifestazioni psicopatologiche.

Noi non siamo segnati da un destino assoluto e inarrestabile ma, insieme a quelle che sono le nostre determinazioni personologiche, noi ci srotoliamo e diveniamo quello che gli altri con la loro parola e con il loro silenzio provocano in ciascuno di noi. Il senso di un gesto, e la cifra di una allusione, sono infinitamente dilatati quando ci si confronta *non* con le linee di confine e le difese della condizione umana *normale* ma con la precarietà e le ombre della condizione umana *psicotica* (fragile e vulnerabile ma dotata di antenne captanti e luminose).

Non si può forse giungere fino alla affermazione che alcune aree della cronicità psicotica siano spalancate dal *nostro* atteggiamento di in-differenza e di cosificazione dell'*altro*-da-noi che è il paziente malinconico e schizofrenico?

La realtà clinica, se viene illuminata dall'interno con una moralità fenomenologica di indagine, consente di dire che *non* sono queste affermazioni impressionistiche o decadenti (espressione di una *décadence*); ma sono affermazioni verificabili e incise nel cuore di ogni forma di vita psicotica.

L'esperienza psicotica, come scacco della intersoggettività e come scacco della comunicazione, ci riporta alla dimensione concreta e straziante della esistenza che può sconfinare negli abissi della incomunicabilità: almeno apparentemente tale da sbarrare ogni dialogo e ogni colloquio. Ma in realtà il dialogo continua nel silenzio e nella nostalgia atroce della comunicazione perduta; e le manifestazioni psicopatologiche (l'esperienza delirante e quella allucinatoria, l'esperienza della estraneità dell'io e quella della estraneità del mondo e del corpo) rimandano nei loro contenuti e talora nei loro modi di essere formali a questa esigenza radicale di dialogo e di trascendenza.

Il nostro discorso si chiude con qualche ultima considerazione sulla esperienza psicotica come metafora di qualcosa che separa e unisce (insieme) la condizione umana.

La follia come metafora

Nella psichiatria irrompono, dunque, le scienze del linguaggio e le scienze letterarie che affrontano il problema della schizofrenia come testo letterario: come cifra ermeneutica che consente di intravedere il senso, e le analogie tematiche e formali, di una scrittura psicotica e di una scrittura *solo* apparentemente psicotica che rimanda a quella. Aspetti costitutivi di una psichiatria (fenomenologica) *aperta* a queste influenze e a queste allusioni per non affondare *anche* nella gergalità tecnica che abroga la speranza in noi e fuori di noi.

Quando Montaigne, recandosi a Ferrara, visita Torquato Tasso prigioniero del manicomio di Sant'Anna, riscrive poi la sua angoscia; e dice: « Nelle azioni degli uomini insensati vediamo come propriamente la pazzia si accordi con le più vigorose operazioni dell'anima nostra. Chi non sa quanto sia impercettibile la distanza fra la follia e le ardite elevazioni di uno spirito libero e gli effetti di una virtù suprema e strarodinaria? Platone dice che i malinconici sono più disposti alla scienza e più eccellenti; e non ve ne sono altri che abbiano altrettanta propensione alla follia. Infiniti spiriti sono travolti dalla loro stessa forza e duttilità. Che salto ha fatto ora,

per la propria concitazione e il proprio fervore, un uomo fra i più penetranti, ingegnosi e conformi allo spirito di quell'antica e pura poesia che vi sia stato da lungo tempo tra i poeti italiani? Non lo deve egli a quella sua letale vivacità? A quella chiarezza che l'ha accecato? A quella precisa e tesa comprensione della ragione che gli ha fatto perdere la ragione? Alla curiosa e laboriosa indagine delle scienze che l'ha condotto alla stupidità? A quella rara attitudine agli esercizi dell'anima che l'ha ridotto senza esercizi e senz'anima? ». ¹⁹

La frase, poi, che sigilla questo discorso segmentato e ambiguo, e che dice: « Da che cosa nasce la più sottile follia se non dalla più sottile saggezza? ». ¹⁹

Non c'è discontinuità, o almeno non vorremmo che ci sia, fra queste folgoranti osservazioni di Montaigne e le considerazioni teoriche su di una psichiatria che, abbandonando la sua impalcatura kraepeliniana, si riconosca nella sua fondazione intersoggettiva e nella sua area di interiorità (di vissuto). Ogni volta che si riesca a mettere-fra-parentesi il bagaglio, per altri aspetti essenziale ovviamente, della psichiatria clinica e dei suoi riduzionismi (quello organicistico e psicologico in particolare), e si abbia a guardare al paziente psicotico nella sua dimensione radicalmente umana, non si può non essere sconvolti e affascinati insieme da questa metamorfosi spaziale e temporale, da questa ragione della *déraison*, da questa nostalgia di infinito e di comunicazione.

Come non è possibile addentrarsi nella follia senza tenere presenti le influenze storiche e ambientali, che hanno tematizzato l'esistenza psicotica, così non è possibile sottrarsi alla esigenza radicale di venire incontro al paziente sul piano di una struttura dialogica e di una comunicazione psicoterapeutica che ci faccia cogliere la parti sane *nel* paziente e le parti malate *in* noi.

Siamo al di là di ogni riduzionismo psicodinamico e biologico dicendo questo; perché siamo nella vertigine dell'indicibile e dell'ineffabile: nella danza leggera della grazia (si può dire anche questo) che ci fa cogliere realtà umane nascoste e invisibili e nondimeno presenti. Siamo nell'area delle pascaliane ragioni del cuore e della agostiniana interiorità del cuore. La ragione astratta e la dissezione razionale (la dis-aggregazione e la ri-aggregazione) non consentono di afferrare quello che si svolge fra noi e il

paziente psicotico, fra la banalità della nostra esistenza quotidiana e la aspra solitudine del paziente schizofrenico e malinconico (e maniacale). Sulla scia del lungo percorso della fenomenologia, che fonda la intersoggettività come cerniera di ogni epifania psicotica e *nonpsicotica*, anche discorsi come questi hanno un *sensò*.

Certo, quando la psicosi allontana vertiginosamente la soggettività del paziente da quella di chi si confronta con il paziente sul piano terapeutico, si dischiudono nondimeno brecce ed esili architetture (ponti in senso nietzscheano) che hanno il valore di rimandi fluttuanti da cui scaturiscono vortici vuoti ma insieme arabeschi sigillati che si inabissano nel silenzioso diffondersi delle luci e delle ombre. Una lontananza straziante che trascina con sé cascate di dolore struggente che gli specchi rilkiani e i volti lévianasiani rimandano in cerchi senza fine: dai quali non possiamo non essere colpiti e affascinati.

Le parole si incarnano nel linguaggio e si atrofizzano, ma rinascendo, nel silenzio. Nella intersoggettività recuperata e spezzata si intravede la traccia (la parabola) della alterità enigmatica e sfuggente: di questa torsione metaforica che fa esplodere l'esperienza della follia in schegge tumultuose e concentriche.

Bibliografia

- 1 Basaglia F.: Scritti. I. 1953-1968. Einaudi, Torino, 1981.
- 2 Binswanger L.: Der Mensch in der Psychiatrie. Neske, Pfullingen, 1957.
- 3 Binswanger L.: Schizophrenie. Neske, Pfullingen, 1957.
- 4 Binswanger L.: Melancholie und Manie. Neske, Pfullingen, 1960.
- 5 Borgna E.: I conflitti del conoscere. Feltrinelli, Milano, 1989.
- 6 Dilthey W.: Per la fondazione delle scienze dello spirito. Angeli, Milano, 1985.
- 7 Galimberti U.: Psichiatria e fenomenologia. Feltrinelli, Milano, 1979.
- 8 Griesinger W.: Gesammelte Abhandlungen. Bd. I/II. Hirschwald, Berlin, 1872.
- 9 Griesinger W.: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Braunschweig, Wreden, 1876.
- 10 Heidegger M.: Essere e tempo. Bocca, Milano-Roma, 1953.
- 11 Husserl E.: La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale. Il Saggiatore, Milano, 1961.
- 12 Husserl E.: Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica. Einaudi, Torino, 1965.
- 13 Jaspers K.: Allgemeine Psychopathologie. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1959.
- 14 Jaspers K.: Gesammelte Schriften zur Psychopathologie. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1963.
- 15 Kranz H.: Der Begriff des Autismus. In: Psychopathologie heute, herausgegeben von H. Kranz, p. 61-71. Thieme, Stuttgart, 1962.
- 16 Merleau-Ponty M.: Phénoménologie de la perception. Gallimard, Paris, 1945.
- 17 Minkowski E.: La schizophrénie. Desclée de Brouwer, Paris, 1953.
- 18 Minkowski E.: Le temps vécu. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1968.
- 19 Montaigne M.: Saggi. I e II. Adelphi, Milano, 1966.
- 20 Scheler M.: Essenza e forma della simpatia. Città Nuova, Roma, 1980.
- 21 Schneider K.: Klinische Psychopathologie. Thieme, Stuttgart, 1980.
- 22 Schütz A.: La fenomenologia del mondo sociale. Il Mulino, Bologna, 1974.
- 23 Straus E.: Die Psychologie der menschlichen Welt. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1960.
- 24 Tellenbach H.: Psychiatrie als geistige Medizin. Verlag für angewandte Wissenschaften, München, 1987.
- 25 Wittgenstein L.: Della Certezza. Einaudi, Torino, 1978.