

L'ESPERIENZA VISSUTA DELL'INCONTRO: IL CORPO-A-CORPO

Raffaele VANACORE¹, Gilberto DI PETTA^{2,3}, Danilo TITTARELLI^{3,4}

¹ Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche AUSL Modena

² Dipartimento di Salute Mentale ASL Napoli 2 Nord

³ Scuola di Psicoterapia Fenomenologico-Dinamica, Firenze

⁴ Dipartimento di Salute Mentale ASUR Marche AV2, Ancona

Abstract: The categorical-taxonomic model proved useful neither for the diagnosis, nor for the therapy of mental illnesses, and in particular for what is called “schizophrenia”. By contrast, what is needed is the reaffirmation of psychiatry as a clinical practice, which preserves and renews its clinical attitude in the encounter and in the exchange between human beings, and not between detached aggregates of elementary particles. In this paper we focus on the research on the intersubjective dimension of the human being, as decisive for a clinical methodology based on the lived experience of both the patient and the clinician. We then turn to therapy: indeed, it is in the intersubjective space of the therapeutic relationship that the patient’s experience can not only reveal itself, but can also acquire the possibility of an experience that is not only psychopathological. Moreover we briefly report our experience of the Dasein-group Analyse. This group approach is centred on the search for an authentic intersubjective encounter, as an embodied crucial event. Finally, the constantly new condition of possibility which emerges in the clinical encounter is the radical condition of freedom even in the most severe forms of disease, such as schizophrenia.

Keywords: Dasein, human, encounter, intersubjectivity, care

1. Un’ introduzione. La psichiatria come scienza dell’uomo

In questo nostro contributo, intendiamo la psichiatria come scienza che studia la vita dell’essere umano, ed in particolare le forme di esistenza (*psyché*) che richiedono atti terapeutici (*iatreia*). Consideriamo qui, come vedremo meglio in seguito, la “psiche” come ciò che costituisce la possibilità e la radice del vivere umano. E l’essere umano si caratterizza, da un lato, per la possibilità del fare esperienza del proprio vivere e, dall’altro, per il continuo radicamento di questa esperienza nel fondo vitale della sua esistenza. In altri termini, ad un livello che è stato definito come pre-riflessivo, tacito o immediato, la vita umana è immersa, sin dalla nascita, in un mondo naturale e culturale abitato da altri esseri umani. Ed è in questo continuo vivere nel mondo e con gli altri che la struttura dell’esistenza può svilupparsi, su quel fulcro della vita personale che è

il *corpo proprio*. E questo corpo nasce, cresce e muore in intima relazione con altri corpi, andando così a definirsi più propriamente come *intercorporeità* o *intersoggettività*. In maniera dinamica e costante, l'essere umano vive questa dimensione intercorporea ed intersoggettiva come *esperienza di senso*. Ed è questa esperienza di senso che può svelarsi come *psicopatologica* quando non può evadere dalla sofferenza né sfuggire al dolore.

Una volta ribadito che il modello empiristico e riduzionista non ha fatto altro che lasciare intatta la domanda sul che cosa sia la malattia mentale, vorremmo soffermarci sull'importanza della *psicopatologia* in questo tentativo di comprensione. Ma cos'è la psicopatologia? Si potrebbe dire che questa sia un "sapere" (*logos*) sulla "sofferenza" (*pathos*) della "mente" (*psyché*). Questa risposta ci appare, tuttavia, ancora parziale, restia a superare quel cartesianesimo talvolta ancora latente in maniera inconsapevole: come se la psichiatria indagasse soltanto la "mente", e non – appunto – la globalità dell'esperienza umana (quale di fatto è quella psicopatologica). Uno sforzo di penetrare in questa dimensione, nuova a chi quindi si avvicina alla psichiatria come scienza della "mente", dell'"anima" o di un "apparato psichico", può prendere le mosse da una attenta indagine etimologica. Infatti, il *logos* ritrova il proprio significato originario nella radice *leg-*, che indica il raccogliere, il mettere insieme, il legare le cose in un tutto. E tale significato si rinviene non solo in Omero, in cui ad esempio si «mettono insieme»¹ i soldati da preparare alla battaglia ed alla guerra, ma anche in Eraclito, secondo cui «tutte le cose accadono secondo il *logos*».² In altri termini, nel pensiero eracliteo – nel quale non vogliamo, in questa sede, addentrarci – il *logos* non era tanto un "sapere" o una "razionalità" quanto *quel principio unificante, che proprio tramite questa unificazione conferisce un senso alla realtà*. E per questo, per Eraclito, il *logos* è "comune" – ossia relaziona e connette l'uomo con gli altri uomini e con la natura. In quest'ottica, dunque, il *logos* è *ciò che consente di porre insieme le parti del tutto, operandone una sintesi per assegnare un significato comprensibile al tutto*. Ed è, di fatto, su queste basi che Karl Jaspers fonda la propria *Psicopatologia generale*³ nel tentativo di comprendere l'esperienza psicopatologica come espressione significativa della soggettività umana.

In questo senso, il *logos* ci approssima non tanto ad una distaccata esperienza di conoscenza, ma a quell'*evento* che ci rende parte e partecipi del mondo in cui siamo, ossia alla nostra *vita*. Il *logos*, infatti, ci introduce in quell'essere in cammino che si costituisce attraverso il *pathos*, etimologicamente inteso non come "sofferenza", ma

¹ OMERO, *Iliade*, a cura di Rosa CALZECCHI ONESTI, Einaudi, Torino 1963

² ERACLITO, *Frammenti*, Testo greco a fronte, a cura di Francesco FRONTEROTTA, BUR Rizzoli, Milano 2013.

³ Karl JASPERS, *Allgemeine Psychopathologie*, 1913; trad. it. Romolo Priori, *Psicopatologia generale*, Il pensiero scientifico, Roma 1964.

come *fondamento sensibile della nostra esperienza della vita*, come possibilità sensoriale, corporea e comune di essere in tale cammino. In altri termini, il *momento patico* non fonda soltanto l'esperienza di sofferenza, ma anche, e molto più in generale, la possibilità stessa dell'esperire umano e soggettivo, come già Minkowski aveva ricordato.⁴ In questo senso, per Viktor von Weizsaecker,⁵ il carattere del patico risiede nella sua *passività*. E tale passività consiste nell'*inevitabilità* del nostro *essere-nel-mondo-con-gli-altri* e del nostro *essere-rivolti-al-mondo*. Vogliamo qui, però, riprendere e ribaltare la concezione di *pathos* come *passaggio* dalla vita alla morte, intendendolo come passaggio dalla morte alla vita, o meglio dalla *non più possibile possibilità di non-esserci* alla *possibilità dell'esser-ci*. In quest'ottica, quindi, il momento patico – nel suo essere a fondamento della possibilità stessa dell'esperienza, corporea e comune – può dischiudere *possibilità di senso* che liberino l'uomo dalla rafferma possibilità psicopatologica e lo mettano in cammino verso differenti esperienze.

Giungiamo così, in questo cammino, al concetto di *psyché*. Nella sua antica etimologia, essa designava quel *soffio vitale*, che rende appunto possibile la vita. È il passaggio dalla passività all'*attività*: l'essere umano è vivente in quanto attivo ed attivo in quanto vivente. È quindi questa dialettica tra *pathos* e *psyché*, tra passività ed attività, che viene abbracciata dal momento unificante del *logos*. Questo, infatti, è questa dialettica e *comprende* la possibilità del vivente di vivere. In questi termini, la psicopatologia si offre come metodo fondativo dell'indagine sulle malattie mentali, proprio in quanto va a svelare, nelle esperienze più laceranti come ad esempio quella schizofrenica, un cedimento di questa dialettica tra fondamento patico e – potremmo dire con Minkowski – slancio vitale.⁶ In questi termini, la schizofrenia può considerarsi un'alterazione logica, nel senso di una compromissione del momento in cui il logos conferisce un senso all'esperienza soggettiva, che in quanto tale è costituita nel mondo e condivisa con gli altri. Ovviamente, il senso di questa affermazione non è che la schizofrenia sia caratterizzata da un errore cognitivo o meta-cognitivo di attribuzione di significato all'esperienza, ma che essa è caratterizzata dall'incapacità di fondare una dialettica tra il patico e il vitale.

Il momento patico – che è a fondamento della possibilità *logica* di abbracciare la vita nella sua pienezza, dinamicità e complessità – è radicato nell'*alterità*: è con l'altro che il

⁴ Eugène MINKOWSKI, *Traité de psychopathologie*, Paris 1966; trad. it. Laura Schwarz, *Trattato di psicopatologia*, introduzione di Mario Francioni, Feltrinelli, Milano 1973, p. 490

⁵ Viktor VON WEIZSAECKER, *Pathosophie*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1956.

⁶ Eugène MINKOWSKI, *La schizophrénie: psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, Payot, Paris 1927; trad. it. Giuliana Ferri, *La schizofrenia*, introduzione di Stefano Mistura, Bertani, Verona 1980; trad. rivista da Anna Maria Farcito, Einaudi, Torino 1998; Fabbri, Milano 2008, p. 46

sentire diviene possibile. Ed è per questo carattere fondamentale – che definiamo *intersoggettivo* – che il momento patico è un momento comune e *comunicativo*: il *logos* abbraccia la nostra esperienza soggettiva come *possibilità di esperienza di un essere umano che vive in un mondo sociale e storico*. E dunque la *logicità* dell'esperienza psicopatologica non è racchiusa nella “mente”, nell’“anima” o in un “apparato psichico”, ma *si estende al mondo intersoggettivo in cui essa si esprime*. Allo stesso modo, il fondamento patico del sentire non è una caratteristica interiore, ma una peculiarità umana che diviene possibile soltanto nell'incontro con l'alterità. In questo senso, l'esperienza psicopatologica è un'esperienza – si ripete - comune e comunicativa: l'esperienza schizofrenica si esprime e si afferma nella sua *non-comune comunicabilità*, nel senso di una non condivisione, o meglio di una im-possibilità alla condivisione, della dialettica di senso della vita. Il momento logico, così, sfugge, in quanto *lo schizofrenico non riesce a coinvolgere ed abbracciare l'altro, a costituire con lui la propria esperienza ed a comunicargliela*. Ciò può essere a fondamento non solo di quelle esperienze in cui, caduto il fondamento patico ed intersoggettivo dell'esperienza, l'affermazione della *logicità* si rende possibile con il delirio e l'allucinazione, ma anche di quelle esperienze le quali, svanito quel fondamento e non ancora cristallizzatosi il delirio o l'allucinazione, si perdono nella perplessità e nella ricerca dell'indefinito ed indefinibile. In questi termini, l'*empatia* non è tanto un “mettersi nei panni dell'altro”, quanto un offrire la possibilità di ricostituire una fonte di condivisione e di comunicazione dell'esperienza con l'alterità. Ma ciò richiede la possibilità, da parte del terapeuta, dell'accettazione della *perdita logica*, ossia l'immergersi in un mondo in cui il momento del *logos* sfugge e non offre garanzie comprensibili e comuni. Tuttavia, in maniera dialettica, il ritorno alla possibilità logica da parte del terapeuta dovrebbe costituire la base della riaffermazione del *logos* nel paziente. Ed è dunque proprio nel *pathos*, nello scambio patico, che l'esperienza del vivente può offrirsi e mostrarsi e che il fenomeno diviene possibile.

2. Aldo Masullo e la filosofia della vita

Nel corso del XX secolo, uno dei principali ispiratori della filosofia e della psicopatologia italiana ed europea è stato il filosofo Aldo Masullo. In particolare, il suo soggiorno di studio a Friburgo del 1957-58 gli aveva consentito di approfondire lo studio della fenomenologia e di conoscere il pensiero del neuropsichiatra e filosofo tedesco Viktor von Weizsaecker. Questi, ispirandosi a Freud e a Scheler, nella galassia di quella “filosofia della vita” (*Lebensphilosophie*) che vide protagonisti non pochi psichiatri, aveva sdoganato, nel linguaggio filosofico e scientifico, il concetto di

“patico”, introdotto negli anni trenta da Erwin Straus.⁷ Elaborando gli stimoli dell'antropologia medica di Weizsäcker, ha fatto proprio il concetto di “patico”, collegandolo alla temporalità, e rinvenendo, proprio nel costrutto *paticità-temporalità*, un fondamento di senso per quell'essere frammentato nel mondo che è l'uomo con gli altri.⁸ I poco consueti termini “patico” e “paticità” hanno un riferimento etimologico nella radice greca *path* (da cui “*pathos*” – come abbiamo anche già visto in precedenza), da cui deriva l'uso semantico di nomi come “patimento” e “passione”. Sebbene i termini di “emozione”, “sentimenti”, “affettività” non siano estranei al campo d'idee raccolte sotto i segni del greco *paschein* e *pathos* e del latino sentire (e *sensus*), essi non sono sovrapponibili a queste nozioni. Il “patico”, infatti, è la condizione di possibilità decisiva per cui si danno quelle dimensioni empiricamente descrivibili come emozioni, affetti e sentimenti umani, fortemente intrisi di corporeità vissuta, ma anche di dismisura, di eccesso, di mondo e che irrompono nell'esistenza attraverso l'istante *repentino* del tempo. Masullo giunge a concepire che il “sentire patico” è non *un altro modo* di conoscere, bensì l'essenza del conoscere autentico, quello più proprio e irriducibile, segnato dall'emergenza, latente ed irruttiva, degli accadimenti mondani e vitali. Weizsäcker aveva già avvertito che la nozione di “patico” non è affatto solo psicologica, bensì essa esprime la situazione del vivente, la sua propria maniera d'esistere. E che essa non indica l'essere (l'ontico) ma, piuttosto, il soffrire [*das Leiden*], cioè il sobbalzo del vivente nella lacerazione e nella crisi. Alla modalità del patico [*Pathisch*] si riconducono, infatti, esperienze drammatiche, come attesa e sorpresa, pericolo e minaccia, arbitrio e libertà, decisione e limitazione. E' tutto il mondo che muta di segno se percepito attraverso il patire.

Aldo Masullo – e qui sta la centralità del suo pensiero per la *Clinica dell'Intersoggettività* – radicalizza quindi la soggettività come Sentirs-si, come *sensus sui* o come Arci-senso.⁹ Questa è la dimensione del *vissuto*, o meglio della “vivenza”.¹⁰ E, pertanto, il *sensus sui* si pone come momento originario e fondativo di ogni sentire intersoggettivo ed, in ultima analisi, comunitario: se non vi fosse un'origine, in senso fondativo e non cronologico, del sentire – e questa origine sono proprio io, la soggettività – nessun senso potrebbe assumere tale sentire nel mondo. E così l'Arci-senso, l'*Ursinn*, viene a costituire quel momento cardinale della vita dell'uomo: è un «intoccabile tocco» o, in altre parole, «il fenomeno originario con cui s'inaugura la possibilità stessa dell'apparire e senza di cui

⁷ Erwin STRAUS, *Vom Sinn der Sinne: Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie*, Springer, Berlin 1930.

⁸ Aldo MASULLO, *Logica, psicologia, filosofia. Un'introduzione alla Fenomenologia*, Il Tripode, Napoli 1961.

⁹ Aldo MASULLO, *L'Arcisenso. Dialettica della solitudine*, Quodlibet, Macerata 2018, p. 11

¹⁰ Angela ALES BELLO, *Ontologia del femminile*, “Il pensare Rivista di filosofia”, VII, 7, 2018

nessun altro fenomeno sarebbe possibile». ¹¹ Ma sarebbe un'assurdità ritenere che tale sentir-si possa essere svelato nella vita quotidiana, perché esso – in quanto fondativo ed originario – è “intoccabile”, ed anzi “incomunicativo”. Ed è, infatti, nella vita che esso si manifesta come *vivente esistere con l'alterità*. Non è dunque compito della clinica quello di indovinare l'essenza profonda ed arci-sensata dell'essere, quanto quello di *cogliere il manifestarsi della presenza nell'incontro e nella vita*.

È solo come vivente che l'uomo può esistere, e lo fa tramite la mediazione del corpo e della parola. E quindi l'apparire dell'uomo al mondo è intercorporeo ed intersoggettivo: è in queste dimensioni che il senso, esistendo con l'altro, si afferma. E qui il pensiero di Aldo Masullo riconosce il debito a Ludwig Binswanger, che il Maestro italiano cita più volte ¹² (in particolare “Sogno ed esistenza” ¹³). Le forme psicopatologiche, dunque, non possono ritenersi come un sottrarsi alla modalità del con-essere o come chiusura comunicativa, ma piuttosto come una *particolare modalità dell'esistere intersoggettivo ed intercorporeo*. Così, ad esempio, per Binswanger. ¹⁴ le forme di *esistenza mancata* vanno *oltre* la coesistenza, la eccedono, ma non la prescindono mai, se non nello sviluppo delle fasi più avanzate della psicopatologia. Al contrario, infatti, compito della psicopatologia ci sembra quello di *riconoscere le particolari ed originarie forme della co-esistenza, o dell'intersoggettività, che giungono all'attenzione della clinica*. E compito della cura e dell'incontro clinico è quello, come vedremo meglio in seguito, di porre le basi per l'attuarsi di un rinnovato e differente modo di esistere con gli altri.

3. Intersoggettività e terapia

Il punctum dolens cruciale dell'incontro nell'ambito della clinica degli stati psicopatologici è dovuto al fatto che, proprio dai “dati” colti e desunti durante l'incontro, e non da altro, dipendono sia la diagnosi che la terapia, o comunque il prosieguo della relazione terapeutica tra il clinico e il paziente. Cioè, in altri termini, dall'incontro dipende tutto. A volte dal singolo incontro, come è nelle situazioni cliniche acute. L'incontro tra due esseri umani, di cui per convenzione uno si denomina

¹¹ MASULLO, *L'Arcisenso. Dialettica della solitudine*, p. 13

¹² *Ivi*, p. 14

¹³ Ludwig BINSWANGER, *Traum und Existenz. Einleitung von Michel Foucault*, Verlag Gachnang & Springer, Bern/Berlin 1992, trad. it. Lucia Corradini e Carlotta Giussani, *Sogno ed esistenza*, con introduzione di Michel Foucault, SE, Milano 1993.

¹⁴ Ludwig BINSWANGER, *Drei Formen missglückten Daseins: Verstiegheit, Verschrobenheit, Manieriertheit*, Tübingen 1956. trad. it. Enrico Filippini, *Tre forme di esistenza mancata: esaltazione fissata, stramberia, manierismo*, Il Saggiatore, Milano 1964; Garzanti, Milano 1978; SE, Milano 1992; Bompiani, Milano 2001.

paziente e l'altro clinico, è tuttavia una summa di eccezioni e di imprevedibilità, che accadono sullo sfondo di un tessuto comune. Questo tessuto comune vorremmo tentare, qui, di descriverlo come la “carne viva” dell'incontro. L'incontro “a mani nude”, o a corpo a corpo, cioè quello che non prevede, se non per caratterizzare una diagnosi differenziale con il fronte “organico” altri mezzi, di fatto, nella sua struttura processuale, è una mescolanza di elementi “atmosferici” e di elementi “eidetici”.¹⁵ Per elementi atmosferici intendiamo, qui, aspetti squisitamente “estetici”, afferrabili con una estensione metaforica dei sensi, ovvero il “gustativo”, il “tattile”, l’“olfattivo”. L'atmosfera generata da due esseri umani che si incontrano, e dal contesto dove essi si incontrano è un qualcosa che “si palpa”, o che si “tocca”, o che ti arriva “a pelle”, oppure è un qualcosa che si “annusa”, o un qualcosa che si “assapora” o si “sente”. Quando utilizziamo queste espressioni “sensoriali”, va chiarito che esse rimandano solo nominalmente alle vie specifiche di senso. Ovvero annusare, toccare, gustare un'atmosfera non hanno nulla a che vedere con le catene neuronali che partono dalle mucose olfattive, o dalle papille gustative, o dai corpuscoli del Pacini negli strati dell'epidermide e del derma, ma, cionondimeno, rappresentano prospettive immediate di conoscenza molto potenti (“dati immediati” di conoscenza). Queste modalità conoscitive si possono ricondurre ad un “sentire patico”, che affonda le sue radici nel nostro corpo vissuto, nel corpo-che-siamo, ovvero in quella estensione vibrata e partecipata del nostro essere che tiene accesa una continua relazione simpatetica con il mondo.

Ma, ritornando all'incontro, noi chi incontriamo veramente quando incontriamo qualcuno? Siamo sicuri di incontrare il paziente in carne ed ossa? Vale a dire, tra chi accade l'incontro? L'incontro accade tra le due persone fisiche o piuttosto tra due figure a latere, trasposte, che si completano a mano a mano che l'incontro procede? Vorremmo cercare di proporre qui questa rappresentazione della non coincidenza tra la persona fisica che abbiamo di fronte, come entità occupante spazio, e invece la dislocazione, rispetto allo spazio fisico occupato dal corpo dell'altro, del corpo vissuto dell'altro, e del nostro stesso corpo vissuto, che colmano la sfera di vuoto che apparentemente (visibilmente) ci sta dentro il setting dell'incontro. Mentre i nostri corpi-che-abbiamo assumono una posizione prossemica l'uno verso l'altro e di distanza, i corpi-che-siamo, invece, hanno già stabilito un contatto. Sono loro che regolano la distanza, sono loro che regolano il livello di interazione, è dalla loro interazione che arrivano informazioni di prima mano. E tutto questo avviene su un

¹⁵ Gilberto DI PETTA, Danilo TITTARELLI, *Atmos/Eidos. The life-of-world between form and formless*, In: *Psychopathology and Atmospheres: Neither Inside nor Outside*. Cambridge Scholars Publishing, Cambridge 2019, pp. 141-163

piano che precede il linguaggio, il pensiero, la riflessione. La semeiotica, in quanto scienza dei segni, ci fa incontrare ciò che il corpo produce all'esterno di sé, i segni significativi. La fenomenologia clinica ci dà le basi teoriche per comprendere tutto questo, per farcene una ragione, per rappresentarci che il nostro corpo vissuto, estensione della nostra "mente", ci fa incontrare un altro corpo vissuto, o il corpo che il paziente è, il suo corpo vivente, attraverso la risonanza e la vibrazione e il coinvolgimento del nostro stesso corpo vivente. Il vantaggio del corpo-che-sono è che esso affonda e si muove in un orizzonte insaturo, preverbale, pretematico che è proprio del mondo-della-vita, e dunque attinge in questa dimensione informazioni essenziali, incontrovertibili, che hanno a che fare con il radicamento della persona nel suo proprio mondo-della-vita, disoccultano la sua verità. L'operatore dunque realizza una conoscenza dell'altro su basi umane, e poi ne diventa consapevole, ossia la sottrae al capriccio della simpatia e dell'antipatia, dell'attrazione o della repulsione, attraverso un lavoro o un esercizio di consapevolezza.

E' una notte di gennaio. Dell'11 gennaio per l'esattezza. In reparto ci sono 12 pazienti. Il mio turno è appena cominciato. Come d'abitudine sono arrivato in anticipo, e ho visto l'andirivieni degli infermieri che chiedevano alla collega di turno di "incontrare" i pazienti, o, meglio, si facevano portatori del desiderio dei pazienti di "incontrare" il medico di turno. E' sempre un evento quando un paziente ricoverato in acuto chiede di incontrare il medico. Durante i suoi "accessi di possessione" il paziente urla. Urla dannatamente. Durante la notte egli vaga per il reparto, non rispondendo ai farmaci, terrorizzando gli altri pazienti e gli infermieri, con i bulbi oculari che fuoriescono dalle orbite scavate. E' un paziente troppo iperespressivo per essere un paziente delirante cronico, è una sorta di icona del matto di sempre. Ora quest'uomo dichiara di essere posseduto da un demone che si chiama Lucifero. Si tratta di un delirio? Secondo la superficializzazione del DSM 5, trattandosi di convinzione evidentemente erronea, sì. Sta di fatto che questo "sintomo" non risponde ai farmaci antipsicotici. Come dobbiamo considerare questa non risposta ai farmaci antipsicotici sia di prima che di seconda generazione? Come un carattere non responder del soggetto o della sua patologia o, piuttosto, come un indicatore del fatto che non siamo di fronte ad un delirio? E' solo se assumiamo l'esistenza, o, meglio la materializzazione incarnata di questo corpo vivente, noi possiamo capire questa storia del "sentire a pelle", dell'"avere orecchio", dell'"avere occhio". Ovvero di accorgersi della consistenza, del colore, del calore, dello spessore, della rigidità, della spigolosità, della rotondità, della morbidezza di certe esperienze. (Gilberto Di Petta).¹⁶

Si pongono, qui le basi, di una clinica dell'invisibile, che mette fortemente in scacco la clinica delle procedure standardizzate. Infatti, stiamo tratteggiando l'incontro tra due corpi-che-siamo che si sentono evidentemente l'un l'altro, ma che non si vedono o non

¹⁶ Gilberto DI PETTA, *La "carne viva" dell'incontro*, PsychiatryOnline, Cuore di tenebra. Viaggio al termine della psichiatria, 26/01/2020 <http://www.psychiatryonline.it/node/8390>

si toccano materialmente. Ma, cionondimeno, si vedono e si toccano, quei due corpi vissuti, su un altro piano di sensibilità. Può una clinica dell'invisibile essere compatibile con gli item di una scala di valutazione (rating scale) o di un test psicodiagnostico? Questa è una domanda impegnativa. Ma riguarda più la ricerca e il tentativo di "oggettivare" o di "validare" gli elementi, che l'esperienza dell'incontro. In realtà, al di là di una cristallizzazione o intrappolamento dei dati scaturiti da un incontro clinico, vorremmo soffermarci ancora sull'incontro in carne ed ossa, quello vissuto a bordo letto, oppure in pronto soccorso, oppure a domicilio, o anche in uno studio o in un ambulatorio. Cioè sull'incontro "ad alzo zero", costituito di carne viva, senziente, dolente, sperante, amante, angosciata, allucinante, delirante. In tutte quelle situazioni nelle quali il clinico deve, nel tempo ragionevole di un incontro, tirare fuori delle informazioni e, cosa ancora più importante, strutturare un'interazione con il paziente. E' cruciale prendere confidenza con queste peculiari modalità di contatto vitale con l'altro.

Può, quindi, un modo di guardare, di essere-con, un "semplice" modo d'incontrarsi di un uomo con se stesso, con gli altri uomini, in una stanza e attraverso una corale *Stimmung*, configurare una cura possibile? Ne abbiamo altrove¹⁷ argomentato non solo l'effettiva fattibilità, ma ne abbiamo valorizzato ed esaltato la grande potenzialità trasformativa e terapeutica, per cui la fenomenologia si fa, essa stessa, terapia, o in altri termini: intuire è comprendere, e comprendere è curare, incontrarsi autenticamente, esistenza a esistenza, è cambiare. Gli studi e le riflessioni sulle "nuove" psicoterapie, studi sulla comunicazione, sull'autenticità, sull'implicazione vicendevole, sull'intimità, si muovono in questa direzione, in particolare la *Gruppoanalisi dell'esserci*, dispositivo gruppale di stampo fenomenologico, sviluppato e "messo a punto" nell'approccio al mondo delle tossicomanie, delle "psicosi sintetiche" e delle esistenze borderline.¹⁸ L'angoscia, "tremendo spaesamento dell'essere", questa conformazione della *Befindlichkeit* analizzata da Heidegger,¹⁹ viene in tale contesto disoccultata, vissuta, verbalizzata, razionalizzata, compresa, colta eideticamente nella sua essenza di fenomeno emozionale che fa soffrire, patita e sentita da buona parte del Gruppo,

¹⁷ Gilberto DI PETTA, Danilo TITTARELLI, *The We-ness: a Dasein-analytical approach to group therapy*, In T. Fuchs, G. Messas, G. Stanghellini, *Phenomenological Approaches to Psychotherapy*, Psychopathology International Journal of Descriptive and Experimental Psychopathology, Phenomenology and Psychiatric Diagnosis, Karger AG, Basel 2019, 52 (2), 110-116

¹⁸ Gilberto DI PETTA, Danilo TITTARELLI, *Le psicosi sintetiche. Il contributo della psicopatologia fenomenologica italiana alle psicosi indotte da sostanze*, Fioriti, Roma 2016.

¹⁹ Martin HEIDEGGER, *Sein und Zeit*, M. Niemeyer 1927, trad. it. Alfredo Marini, *Essere e Tempo*, Mondadori, Milano 2017.

immerso in un' atmosfera sospesa di vertigine, in altri termini esteticamente trasfigurata.

Questa idea di una fenomenologia plurale (essere-noi-nella-cura), la realizzazione di Binswanger, di una "noità-che-ama", in un gruppo emotivo composto da operatori e pazienti insieme, è stato il risultato della disperazione dovuta agli incontri falliti con le esistenze dei tossicomani e degli psicotici. L'intenzione era quella di offrire un luogo in comune e intimo, un nuovo spazio, un nuovo tempo, in cui chiunque potesse avere la possibilità di sentire completamente la propria condizione esistenziale. La possibilità di sentire di nuovo il proprio corpo e quello di un altro, la possibilità di sentire di nuovo il proprio dolore e quello degli altri, di sentire il sostegno degli altri, la possibilità di far piangere il proprio cuore. Per alcune di queste esistenze perdute questo nuovo approccio fenomenologico è diventato una sorta di via d'uscita, che attraverso la cura può alla fine portare alla libertà e al mondo.

Questo approccio di gruppo è centrato sulla ricerca di un autentico incontro intersoggettivo, come evento cruciale incarnato, o come *purple zone*²⁰ o *dual thirdness*.²¹ Questa condizione, che avviene faccia a faccia tra due esseri umani nel mezzo del gruppo, è il passo necessario per qualsiasi cura successiva. Lo sfondo fenomenologico è stato estremamente utile soprattutto nell'incontro ravvicinato (faccia a faccia) con il paziente più rispettato come persona reale che come l'ennesimo caso clinico. L'esperienza vissuta, qui, (qualsiasi esperienza vissuta, comprese le esperienze deliranti o allucinatorie), ha la sua intenzionalità (sulla verità di fondo). Queste esperienze nel contesto emotivo del gruppo fenomenologico si mescolano liberamente tra loro, producendo cambiamenti e trasformazioni in tutti i partecipanti. Il passaggio dalle prime emozioni negative alle emozioni positive finali in ogni sessione di gruppo è cruciale. L'accordatura, l'*attunement*, la graduazione dell'empatia, sono elementi chiave nel processo. La "fenomenologia ad alzo zero" dell'incontro è una definizione creata per descrivere la particolare situazione di questa terapia di gruppo, dopo l'ingresso nell'atmosfera intersoggettiva, al di sopra e al di là delle linee guida dell'impostazioni ordinarie.²² Distinguere, in questi incontri, tra *allure* atmosferica e dettaglio eidetico è impossibile. Lo schema, qui, non è quello della interminabile (infinita) partita a scacchi tra un terapeuta ed un paziente, ma quello di un *round* unico, dopo il quale uno dei due è fuori gioco. Questa atmosfera, nei servizi sanitari pubblici (centri diurni, carcere,

²⁰ Edwin HERSCH, *From Philosophy to Psychotherapy: A Phenomenological Model for Psychology, Psychiatry, and Psychoanalysis*, University of Toronto Press, Toronto 2003, pp. 215-263

²¹ Guilherme MESSAS, Livia FUKUDA, *O diagnóstico psicopatológico fenomenológico da perspectiva dialético-essencialista*, "Revista Pesquisa Qualitativa", 6, 11, 2018, pp. 160-191

²² Gilberto DI PETTA, *Il mondo tossicomane, fenomenologia e psicopatologia*, Franco Angeli, Milano 2004.

ambulatorio medico) dove è stata applicata, ha funzionato molto bene per il “contenimento” delle equipe di lavoro multiprofessionale e sul coinvolgimento di persone che dimostrano quanto il fattore umano sia un fattore che cura, e ha dimostrato l’abilità della psicoterapia fenomenologica di comprendere il mondo della persona, spesso osservata e trattata solo in frammenti.

4. La comprensione dello scacco ineffabile dell’incontro

L’esperienza clinica con i pazienti che vivono l’esperienza della centralità nella fase di una psicosi nascente ci dimostra che se in alcuni casi i soggetti si vivono in uno spazio effettivamente così ristretto, angusto e avverso, all’insegna della più penosa recettività, passività, in altri casi assistiamo invece ancora da parte del soggetto a una sua qualche possibilità di “movimento”, testimonianza di una fondamentale capacità residua di dispiegarsi in tale spazio orientandosi in esso.

Nel momento stesso in cui un soggetto non riesce più a decentrarsi dalla posizione di centro del mondo, possibilità propria dell’esperienza naturale, “cambia prepotentemente la sua prospettiva; egli non è più in grado di incontrare gli altri e le cose; ha la sensazione che gli altri e le cose siano lì per lui, precipitando in una situazione di troppo pieno: è tutto troppo pieno, le percezioni, le sensazioni, i sentimenti, il mondo delle cose; ... non c’è più spazio per il caso, non c’è più alcun sfondo neutrale in cui le persone possono muoversi, ma vi è l’angosciosa sensazione di un mondo che parla un unico linguaggio: il fisionomico acquista una importanza particolare con costante declinazione paurosa o persecutoria e i temi deliranti si evidenziano con sempre maggior chiarezza”.²³

Lorenzo viene accolto presso il nostro servizio accompagnato dal padre, su invio del medico curante, che ne ravvedeva l’urgenza clinica visto il protrarsi e il peggiorare di un quadro clinico e psicopatologico caratterizzato da grave sindrome depressiva e isolamento sociale e scarso rendimento scolastico. Il paziente a una prima visita con lo psichiatra e alle successive valutazioni psicometriche e di testistica laboratoristica evidenziava un quadro clinico caratterizzato da difficoltà nel sonno, umore depresso, perdita di concentrazione, ridotto piacere e coinvolgimento nelle cose e nelle attività e relazioni sociali, nonché la sensazione soggettiva di essere osservato, di udire e sentire cose che lo riguardano, idee di riferimento e una certa stranezza nel pensiero e nell’eloquio. In questo ambiente in particolare sarebbe insorta una progressiva “trasformazione del mondo circostante” con un’atmosfera sempre più minacciosa e persecutoria. Nella percezione delirante che L. subisce soprattutto a scuola nelle aule ma anche nei video che egli stesso fa nel telefonino per immortalare quello che gli sta capitando, si verifica non soltanto un

²³ Ludovico CAPPELLARI, *Sul concetto di anastrophé*, PsychiatryOnLine, 13-01-2013, <http://www.psychiatryonline.it/node/1200>

conglomerato di dati o stimoli sensoriali, ma anche l'incontro con una realtà "osservata" con altri occhi, vissuta intuitivamente, trattandosi di una trasformazione della relazione Sé-mondo nella sua totalità. Le sensazioni assumono delle caratteristiche qualitative nuove, sotto forma di un messaggio improvviso, immediato, impreveduto, proveniente da lontano, urgente, diretto esclusivamente e personalmente. L. sogna inoltre di un faro che lo segue e lo illumina come se fosse al centro di un palcoscenico da cui non si può muovere, nel grigiore che lo circonda. (Danilo Tittarelli et al.).²⁴

Il mondo diventa *i-ico*, con un neologismo inventato dal prof. Bruno Callieri per descrivere questo trasferimento dell'Io che fa diventare persecutorio il mondo.²⁵ Huber si pone la questione di ciò che precede i sintomi, quella sorta di vissuti che sono fenomeni di base, sensazioni cenestesiche riferite al costruirsi della soggettività, della presenza, che sono dei momenti embrionali di questa carenza ontologica, della struttura del soggetto, in qualche modo insufficienti a fargli trovare la chiave del mondo del rapporto con l'altro; sono fenomeni che potrebbero restare quiescenti. La stessa vita li rende però problematici nel senso che gli autori tedeschi hanno del termine, le *Lebenskrise*, non necessariamente esogene, come la guerra o grandi drammi, ma situazioni che si incontrano nel vivere. La questione della psicosi si pone proprio negli appuntamenti in cui il soggetto deve in qualche modo confrontarsi con l'altro e con il mondo: un'inadeguatezza ontologica e un aspetto di costruzione ontica difensiva, che può essere estremamente florida e che cela il nucleo di inadeguatezza.

In una prospettiva antropoanalitica ciò che viene identificato dalla clinica come l'inizio della psicosi (nel nostro caso l'esperienza della centralità) in realtà non costituisce affatto un inizio, ma anzi il risultato di un lungo percorso esistenziale caratterizzato da un graduale e più o meno intenso processo fallimentare di affermazione del sé nei confronti del mondo, quale punto di arrivo di un processo, più o meno radicale, di spaesamento, di assorbimento del sé da parte del mondo.

Negli esordi c'è dunque un transito di perplessità che rimane tale, e la cura rappresenta in tal caso il filo che Arianna dà a Teseo nel labirinto: immerso nell'esperienza del sogno c'è solamente il soggetto attore-agito. È con il risveglio che il soggetto assume la consapevolezza e la titolarità di essere o, meglio, di essere stato attore-protagonista di un sogno, personaggio di una regia scritta altrove. È esattamente questa, allora, la struttura apriorica del sogno: preriflessiva, piuttosto che coscienziale. È, per certi versi, un'esperienza analoga al delirio. Anche nel delirio funzionano (male)

²⁴ Danilo TITTARELLI, Saverio SABATINI, Lucia SCORTICHINI, Silvia CITTADINI, *Gita al Faro: la psicosi nascente*, "Evidence based Psychiatric Care. Journal of the Italian Society of Psychiatry", Supplemento Speciale 04_2019, Case Report, pp. 12-13.

²⁵ Bruno CALLIERI, *Quando Vince L'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 1982, pp. 91-110

questi dispositivi preriflessivi, tanto è che il delirante non ha alcun motivo di dubitare della realtà del proprio delirio. La differenza con il delirio, qui, si ripristina al recupero dello stato di veglia. Il paziente delirante è in grado di stabilire che ha sognato, che ha soltanto sognato, mentre non è in grado di capire che sta delirando. Da questo punto di vista la riflessione fenomenologica sullo statuto ontologico del sogno può illuminarci sulla costituzione della realtà e sulla costituzione del delirio, nel senso che non solo il sogno, ma anche la realtà e il delirio non sono esclusivamente frutto dell'attività della coscienza riflessiva. Ed è in questo “gioco” tra realtà, sogno e delirio che si inserisce la possibilità di uscire dall'ambulatorio, da un setting canonico e di affrontare con L. questo momento di sospensione angosciosa, accompagnandolo fianco a fianco in un percorso di possibile co-costituzione di un mondo altro.

In uno degli incontri L. racconta di aver sognato appunto un faro: l'infermiere referente propone di effettuare con lo psichiatra e il paziente una passeggiata vicino al faro, sito in un suggestivo luogo della città. In questa circostanza L. sembra quasi stupito del fatto che alcune persone e in tal caso, dei sanitari, potessero condividere un momento simile. Il fuoco dell'angoscia lo rende comunque disponibile alle cure nonostante occorra per noi fare i conti da una parte con la sua dis-socialità (distacco dalla partecipazione immediata e intuitiva alle evidenze di senso comune, pilastro della socialità condivisa), e dall'altra con la sua idionomia (costituzione di un contesto personale di riferimento idiosincratico, articolato in una logica sfuggente, enigmatica e paradossale). Le psicosi allo stato nascente sono le più percorribili da un punto di vista della cura. (Danilo Tittarelli et al.).²⁶

La gita al faro rappresenta un'efficace “trovata” dell'infermiere subito colta dal medico, per l'avvio di una psicoterapia: nel 1957 Binswanger sottolineava che la psicoterapia agisce in quanto “essere-uomo - con un altro uomo” ed “essere-medico” stanno tra loro in una relazione di reciprocità dialettica, permettendo una comunicazione esistenziale frutto di fiducia atta a liberare e indirizzare forze biologico-psicologiche, indicando come fattore decisivo un ininterrotto reciproco contatto comunicativo, un essere insieme.²⁷

La “trovata” è la prima condizione di ogni psicoterapia e di ogni arte medica, come del resto di ogni arte in generale; una “trovata” è “artistica” e non dilettesca quando deriva

²⁶ Danilo TITTARELLI, Saverio SABATINI, Lucia SCORTICHINI, Silvia CITTADINI, *Gita al Faro: la psicosi nascente*, “Evidence based Psychiatric Care. Journal of the Italian Society of Psychiatry”, Supplemento Speciale 04_2019, Case Report, pp. 12-13.

²⁷ Ludwig BINSWANGER, *Der Mensch in der Psychiatrie*, Pfullingen; 1957, trad. it. Bianca Maria d'Ippolito, *La psichiatria come scienza dell'uomo*, Mimesis Edizioni, Sesto San Giovanni 2013.

da uno stile rigoroso, artistico e scientifico ad un tempo, che è divenuto normativo per la personalità del medico e, direi quasi, incarnato in essa.²⁸

Quando si verifica uno scompenso psicotico, il Sé perde la capacità di trasformare il passato in una narrazione, sia perché la mente schizofrenica smarrisce la possibilità di storicizzare e dunque di integrare le sue rappresentazioni mentali sia perché diventa intollerabilmente dolorosa la frattura della relazione che il proprio Sé intratteneva con il passato, facendo avvertire quella relazione come per sempre perduta.

Quasi sempre l'esordio della schizofrenia avviene nell'adolescenza, quando qualcosa di cruciale impedisce il transito dall'infanzia all'età adulta. Diversamente da quanto accade in altre psicosi, la schizofrenia conosce quasi sempre momenti apocalittici, preceduti da un'atmosfera sorgiva del delirio e da vissuti di perplessità, che cambiano la vita del soggetto per sempre e possono trasformare gli altri in potenziali nemici: perché inspiegabilmente non partecipano, anzi ostentano indifferenza, a quella minaccia che rischia di annientare il soggetto in questa discesa agli inferi.

Il potenziale di sintonizzazione empatica offerta dalla sensibilità del metodo fenomenologico all'esperienza soggettiva è risultato particolarmente importante nella costruzione dell'alleanza terapeutica in quegli "stati mentali a rischio" che determinano profondi vissuti di alienazione ed estraneità interumana.

Riportando l'accento del curare sulla persona, la cura non viene a declinarsi come semplice tecnica aseptica ma come espressione di una intenzionalità originaria fondantesi sul rapporto "io-tu" originario. Il rapporto con il paziente si prospetta in questo paradigma non più incentrato sulle funzioni psichiche e nemmeno sulle strutture, ma sul concetto di ambiente, di atmosfera e di risonanze (*Stimmungen*). Un aspetto della psichiatria sul quale si indirizza lo sguardo fenomenologicamente orientato è quindi, come detto, l'incontro tra medico e paziente. In esso si incarna il sapere/fare psichiatrico stesso, il suo *eidōs* così come appare e così come si costituisce. In realtà l'incontro tra due esseri umani, di cui per convenzione diciamo che uno si definisce paziente e l'altro psichiatra, risente di tutta la complessità del loro essere umani, dell'intreccio delle loro soggettività, delle loro storie, e pure si costituisce sulla necessità di ottenere informazioni utili alla diagnosi ed alla cura. In questo senso facciamo nostra l'intuizione di Cargnello,²⁹ secondo la quale nel colloquio psichiatrico

²⁸ Ludwig BINSWANGER, *Per un'antropologia fenomenologica*, trad. it. a cura di Umberto GALIMBERTI, Feltrinelli, Milano 2007, p. 143

²⁹ Danilo CARGNELLO, *Alterità e alienità: introduzione alla fenomenologia antropoanalitica*, Feltrinelli, Milano 1966.

si oscilla continuamente tra l’“avere qualcosa di fronte” (atteggiamento oggettivante) e l’“essere-con qualcuno” (atteggiamento soggettivante).

Se l’aspetto trascendentale in qualche modo trascende e non può interessare la clinica, noi utilizziamo questo termine in senso immanente: lo spirito non ammalava diceva Jaspers, è il passaggio tra l’alienità e l’alterità a cui teneva Callieri, per il quale queste esistenze comunque mantengono un loro senso, e di fatto questi pazienti migliorano perché c’è qualcosa che funziona, vi è in sostanza uno spazio extrapsicotico, ed è il punto dove il noi, precede l’io e il tu. Il paziente tolto fuori da questi ambienti può però collassare. Ciò ci costringerebbe ad un cambiamento di posizione: i trattamenti farmacologici attaccano i sintomi produttivi ma non possono affrontare il punto zero, il soggetto rimane come uno che vaga tra gli altri, che non risuonano della sua emotività e diventato oggetti. Sono però trattamenti sintomatici, altro sarebbe un trattamento che si basa sulla fenomenologia trascendentale, che con l’epochè riesce a rendere trasparente il mondo di questi soggetti. La terapia in senso fenomenologico tira fuori delle abilità che vanno scovate credendo fermamente nel fatto che ci sono nonostante tutto. Il malato si incaglia nella non evidenza naturale, occorre dunque distaccarsi dal termine di guarigione, sfuggire al concetto di deficit, abbattere la convinzione che questi pazienti non possano strutturare un mondo di valori. La dissocialità e l’idionomia sono valori che questi pazienti possiedono.

5. Essere-tra: l’“umano” come incontro e evento inatteso

La percezione estetica delle atmosfere cliniche e l’afferramento delle forme o dei mondi sospesi, non rappresenta affatto un mero atto di estetizzazione della clinica stessa:³⁰ questa psicopatologia fenomenologica ha una grande potenza evocativa, in questo senso estesiologica ed estetica; è cioè una psicopatologia che utilizza i canali dell’estetica e che rifugge e in un certo qual modo repelle gli imperanti naturalismi, empirismi, pragmatismi e positivismi riduzionistici. L’esperienza clinica intersoggettivamente vissuta e l’esperienza estetica hanno *in nuce* un comune denominatore rappresentato dalla *paticità*. Se un elemento atmosferico non è oggettivabile né in senso esplicativo né descrittivo-fenomenologico in un’ottica jaspersiana, è tuttavia qualificabile, laddove viene percepito e patito come *medium* dell’intersoggettività.

C’è, probabilmente, un atmosferico di primo livello, che chiunque è in grado di cogliere nell’immediato rispetto ad alcuni aspetti della situazione in atto. Così come c’è

³⁰ Bruno CALLIERI, Gilberto DI PETTA, Mauro MALDONATO, *Lineamenti di psicopatologia fenomenologica*, Guida, Napoli 1999, p. 254

un’eidetica di primo livello, quella del dettaglio, che chiunque è in grado di cogliere. Tutto questo coincide con quello che il senso comune chiama epidermico, o intuitivo, o di perspicacia. Il primo livello, o di sopravvivenza, è ontico, accessibile a tutti, caratterizzato da valenze psicologiche, non tanto antropologiche, ovvero non rinviati alla struttura dell’essere umano in quanto essere nel mondo. L’atmosferico di primo livello ha anche un’azione blandamente depersonalizzante, ovvero favorisce l’*epochè*, trasporta il soggetto fuori dalla mondanità di provenienza. A questo punto il soggetto preparato comincia a cogliere dettagli che gli consentono di strutturare il mondo nel quale si trova e di rammemorare il mondo dal quale proviene. Se l’atmosfera di un evento è riuscita particolarmente bene, lascia una traccia nella coscienza. Come un sogno. E il giorno dopo si ha l’esigenza di mettersi in contatto che chi c’era quella sera, o quella volta, e condividere “a caldo” o “a freddo” con un’altra persona il ricordo di quell’evento. Dopodichè per entrambe le dimensioni, atmosferico ed eidetico, è necessario il salto ontologico. Ovvero lo scollamento dal mondo della mondanità per entrare in contatto con il *mondo-della-vita*. E’ questa una dimensione trascendentale, in cui sia l’atmosfera che l’immagine eidetica vanno incontro a forme di costituzione, vanno, cioè costituiti. Questo secondo livello è accessibile al lavoro fenomenologico, ed è l’unico che consente il lavoro di rifondazione dell’alterità e dell’intersoggettività.

Sentire il freddo è un’esperienza intenzionale, ma all’interno di questa esperienza il noi è già fuori di noi: quello che facciamo è osservare il nostro io che emerge all’interno del freddo stesso (..) persino la struttura di questo “uscire fuori”, ancor prima di emergere in una “cosa” come il vento freddo, esiste grazie al suo presentarsi all’interno dell’io degli altri. Questa non è una relazione intenzionale, ma *aidagara*: “interfaccia”. A scoprire l’io nella sensazione di freddo è originariamente il *ki* inteso come *aidagara*.³¹

Una delle migliori spiegazioni di *aidagara* o *inter-essere* ritiene che l’uomo non può essere considerato come singolo individuo, ma come essere relazionale all’interno di una rete di rapporti in cui gli altri attori sono il resto degli uomini, la natura e la società cui egli appartiene, e dunque all’interno della relazione quotidiana “corpo a corpo” che ha luogo tra gli esseri umani.³²

Questo discorso appare nella sua evidenza nei frangenti situazionali della clinica. L’inatteso è perturbante in quanto sfugge all’intenzionalità percettiva e al suo consueto ufficio di costituzione del reale, manifestando al contrario, anche senza spingersi ai ben

³¹ Watsuji TETSURO, *Climate and Culture: A Philosophical Study*, Greenwood Press, Westport, CT 1961, trad. it. L. Marinucci, *Vento e Terra. Uno studio dell’umano*, Mimesis, Milano 2015, p. 44.

³² Oliviero FRATTOLILLO, *Watsuji Tetsurō e l’etica dell’inter-essere: la costruzione di una relazionalità intersoggettiva*, Mimesis, Milano 2013.

noti eccessi patologici, l’occulta intenzionalità di una potenza anonima (“il nascosto”), oppure, nell’ambito di un vissuto divenuto solipsistico, una mera superficie finzionale – come quando si scopre che un volto è solo una maschera –, coperta peraltro di segnali indecifrabili e proprio per questo invariabilmente “sentiti” come indirizzati al percipiente.³³ Un evento riuscito invece è un evento che assicura intersoggettività. Il Reale, cui rimanda anche la concettualizzazione psicoanalitica lacaniana,³⁴ ciò che accade, l’evento, l’aperto, l’apertura dell’esperienza e del senso, «è ciò che non era atteso» e che non è possibile attendere, quindi né possibile, né impossibile, né immaginabile né propriamente inimmaginabile, in una parola è una figura del transpossibile. Nella tensione inscindibile del *ici en deux*, sta ciò che Maldiney definisce “transpassibilità”.³⁵ Che riscopre il rapporto originario che abbiamo con il mondo e con gli altri, rapporto il quale, una volta riscoperto, non fa che arricchirci, come a farci rinascere nuovamente. Noi crediamo, in ultima analisi, che sia questa la cura.

Il filosofo orientale Watsuji Tetsuro, nel suo *Il significato dell’etica come studio dell’essere umano*,³⁶ utilizza il termine giapponese *Ningen* in tre declinazioni: essere umano inteso come singolo individuo; essere umano socialmente coinvolto in una vasta rete di relazioni sociali; e infine come sinonimo di “spazio” esistente tra gli esseri umani dove si dispiegano le relazioni. L’esserci-nel-mondo vuol dire esistere pienamente in una dimensione spazio-temporale, come Cura, “esser-per”, e “essere-tra”, *aidagara*, come relazione quotidiana “corpo a corpo”.

Una comprensione esistenziale dell’essere umano non può essere raggiunta unicamente attraverso la “trascendenza” che struttura l’elemento del tempo. La trascendenza deve essere tale innanzitutto nel senso della scoperta dell’io attraverso l’altro, e poi del ritorno alla negazione assoluta attraverso l’unità del sé e dell’altro. L’ambito della trascendenza deve essere quindi l’“interfaccia” (*aidagara*) tra individuo e individuo. In altre parole l’*aidagara*, in quanto ambito in cui scopriamo il sé e l’altro, deve essere di per sé, originariamente, l’ambito di questo ‘uscire al di fuori’ (ex-sistere).³⁷

Watsuji sostiene che come esseri incarnati, noi siamo entità ibride che ospitano simultaneamente dimensioni sia soggettive che oggettive. Per usare il linguaggio fenomenologico ortodosso, Watsuji distingue due modalità di incarnazione (*embodiment*):

³³ Thomas FUCHS, *Das Unheimliche als Atmosphäre. Gefühle als Atmosphären*, Akademie Verlag, 2011, In Kerstin Andermann and Undine Eberlein, *Gefühle als Atmosphären Neue Phänomenologie und philosophische Emotionstheorie*, pp. 167-182

³⁴ Jacques LACAN, *Il seminario. Libro VII. L’etica della psicoanalisi. 1959-1960*, Einaudi, Torino 2008.

³⁵ Henry MALDINEY, *Della transpassibilità*, a cura di F. LEONI, Mimesis, Milano, 2004.

³⁶ Watsuji TETSURO, *Vento e Terra. Uno studio dell’umano*.

³⁷ *Ivi*, p. 19

in primo luogo, il corpo da una prospettiva interna, o il corpo come soggetto; secondo, il corpo dalla prospettiva di un osservatore esterno, o il corpo come oggetto. Per Watsuji, questa natura ibrida della nostra “carne” riflette la nostra natura dialettica di essere-tra (*being-in-betweenness*).³⁸ Noi esistiamo come una "spazialità soggettiva" perennemente intermedia tra la pura soggettività e obiettività.³⁹

6. Una conclusione. Verso una psichiatria a misura d'uomo.

Siamo partiti da quella *grande crisi* che impera nel campo della psichiatria. Dopo un quarantennio di studi di neuro-imaging, elettro-encefalografici, neuro-farmacologici e socio-epidemiologici, ben poco di nuovo si è scoperto riguardo alla natura delle “malattie mentali”. Riteniamo questo un inevitabile risultato del punto di partenza di una psichiatria riduzionista e categoriale, ossia la visione di un essere umano come aggregato inerte di molecole ed in balia degli avvenimenti esterni. Potremmo definirla come una *scienza inorganica dell'individuo*. Abbiamo, invece, provato a ridisegnare l'orizzonte da cui partire per indagare le esperienze psicopatologiche secondo un metodo che potremmo definire *scienza organica dell'essere umano*. Con ciò vogliamo indicare quella prospettiva secondo cui ogni persona è un essere vivente capace di esperire il proprio vivere in un mondo condiviso e comune, in maniera sensata ed a partire da quel radicamento al mondo della vita che è il corpo proprio. E tale dimensione - a sua volta costituiva dell'*intercorporeità*, perché si sviluppa nella risonanza tra i nostri corpi, e dell'*intersoggettiva*, perché diviene possibile nell'incontro con l'alterità – è a fondamento della possibilità di *fare esperienza del nostro vivere*. In questi termini, la “malattia mentale”, che più propriamente definiamo quindi come esperienza psicopatologica, è una possibilità di esperire la vita di una persona: è un'esperienza *globale* dell'essere umano.

Da un lato, quindi, spostiamo l'atteggiamento clinico da una distaccata osservazione volta ad una raccolta semeiologica ad una *comprensione delle esperienze emerse dall'incontro di un paziente con un clinico*. E quindi, la disposizione di quest'ultimo, con la *sua* esperienza intersoggettiva ed intercorporea, diviene fondamentale nella diagnosi, come anticipato

³⁸ Lorenzo CALVI, *Esercizi Fenomenologici D'uno Psichiatra sulla carne, il sesso, la morte*, Mimesis; Milano 2007; Danilo TITTARELLI, *Io Matteo Il Fegato*, In P. COLAVERO, *Storie Cliniche Fenomenologia e psicopatologia*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2014, pp. 99-116.

³⁹ Joel KRUEGER, *Watsuji's Phenomenology of Aidagara: An Interpretation and Application to Psychopathology*, In T. SHIGERU, A. ALTOBRANDO, *Tetsugaku Companion to Phenomenology and Japanese Philosophy*, Springer Nature, Switzerland 2019. pag. 165–81

da Ruenke nel suo articolo del 1941.⁴⁰ D'altro lato, vogliamo sottrarre la psichiatria ad un determinismo implacabile, la malattia mentale come "sfortunato accidente neurobiologico". Al contrario, così come riteniamo l'esperienza psicopatologica *una possibilità* dell'essere umano, ugualmente riteniamo *la dimensione della cura una possibilità di ogni essere umano*. In tal modo, questa psichiatria può rivendicare uno statuto epistemologico-ermeneutico proprio, che riconosce parte delle sue fondamenta dentro la medicina e la neurologia (avvalendosi delle neuroscienze, ma non appiattendosi su di esse), ma è disposta a riconoscere parte delle sue fondamenta nelle scienze storiche ed umane (Ermeneutica, Estetica, Fenomenologia, Antropologia). La apparente fragilità della psichiatria, che non si costituisce come scienza monolitica ma, al contrario, come scienza problematica e di confine, diventa un valore aggiunto, in un mondo dove la complessità dei fenomeni interumani non può essere ridotta a semplificazioni deterministiche e stocastiche. E tale statuto della psichiatria come *scienza dell'uomo*, ossia della sua vita nel mondo e delle condizioni della sua libertà, conferisce ad essa una centralità non solo clinica ma anche *cosmologica*, nel senso dell'indagine sull'evoluzione dell'uomo e dei mondi culturali che egli abita. Ogni cosmo, ogni cultura, ogni storia, è tale soltanto perché abitata, sentita e vissuta da un uomo.⁴¹

Infine, riteniamo che il riportare la questione del metodo al centro del dibattito psichiatrico pone il problema della formazione del medico psichiatra, che non può limitarsi a background organicista ed all'applicazione acritica delle categorie nosografiche, ma deve puntare ad educarne la sensibilità, il gusto, l'intuizione, la capacità descrittiva e linguistica e, soprattutto, curarne l'umanità attraverso specifici percorsi di formazione e di maturazione. Il vero punto della questione allora, posto che ognuno di noi in quanto essere umano è portato e vocato all'incontro con l'altro, che, di fatto, accade attraverso questo tipo di conoscenza immediata e incarnata, è il seguente: che tipo di formazione è opportuno che abbia il clinico per poter leggere, in questa maniera per l'appunto "incarnata" la partitura di un incontro vissuto? Un musicologo o un enologo sono in grado di comprendere, ascoltando o assaggiando, la struttura di un testo musicale o di un vino. Ovvero sono in grado di ricostituire, approcciando il prodotto finale di un'arte, molto di quel fenomeno o di quell'esperienza. Non ci sono macchine o procedure standardizzate per arrivare a

⁴⁰ Hernst Cornelius RÜMKE, *Das Kernsymptom der Schizophrenie und das "Praecox-Gefühl"*, Z Gesamte Neurol Psychiatr. 1941; 102:168–75

⁴¹ Eugène MINKOWSKI, *Vers une cosmologie: fragments philosophique*, Paris: Aubier-Montaigne, 1936; con prefazione di Jacques Chazaud, Paris: Payot & Rivages, 1999; trad. it. di Davide Tarizzo, *Cosmologia e follia: saggi e discorsi*, a cura di Federico Leoni, prefazione di Eugenio Borgna e Carlo Sini, Napoli: Guida, 2000; Torino: Einaudi, 2005; Milano: Fabbri, 2009

questo tipo di risultato conoscitivo. E' chiaro che ci vuole una predisposizione, una vocazione, un piacere, e poi un esercizio organolettico. Ma il paragone ancora non tiene con la clinica dell'incontro interumano, poiché in musica, o in cucina, o in arte si tratta di processi sensoriali, raffinati culturalmente, ma sensoriali. Invece, nel nostro campo, quello dell'incontro con l'esperienza alterata, si tratta di ricavare rapidamente, e più correttamente ed utilmente possibile, "dati" da esperienze squisitamente "immateriali". Un altro passaggio concettuale necessario per comprendere questa clinica dell'incontro attraverso la nozione di corpo vissuto è lo spostamento del baricentro dell'esperienza. Secoli di filosofia e di psicologia hanno confinato l'idea di mente o di stati mentali dentro il confine corporeo o del cranio, o del cervello stesso. Il petto, la pancia, il cuore, l'anima, gli stati d'animo, il pensiero e i suoi contenuti e così via sono stati da sempre collocati dentro. Qui si tratta, invece, di mutare radicalmente la prospettiva. Ci troviamo di fronte ad un fuori. Il fenomeno che noi vogliamo conoscere è fuori di noi, e anche il nostro apparato conoscitivo "vivente" è fuori di noi. Se non fosse fuori di noi non potremmo utilizzarlo. E qui per fuori intendiamo non quello spazio geografico che distingue tra dentro e fuori, interiore ed esteriore, ma quello *spazio vivente* costituito e svelato nell'incontro con l'alterità, quella dimensione unicamente nella quale la nostra esperienza può manifestarsi. Nell'incontro con il paziente ciò che noi abbiamo tematizzato come mente, non è collocato o confinato dentro il paziente, ma fuori, ovvero nello spazio vissuto tra di noi. Nell'incontro la mente del paziente e la nostra mente sono esternalizzate, interagiscono in una dimensione co-incarnata che è fuori, tra-incarnata, evaginata dai nostri due corpi fisici che mantengono la loro distanza. Forse questo è il colpo più duro che lo psicocentrismo encefalo-centrico deve subire. Ludwig Binswanger, nel 1957 aveva, senza esitazione, affermato che:

Il fondamento e il terreno, sui quali la psichiatria in quanto scienza dotata di una propria autonomia può affondare le sue radici, non stanno né nell'anatomo-fisiologia del cervello, né nella biologia, né nella psicologia, nella caratteriologia o nella tipologia, e neppure nella scienza della *persona*, ma *nell'uomo*. Ciò risuona come idea molto semplice, eppure è ancora difficilmente accessibile alle nostre orecchie di oggi.⁴²

Eppure, questa "idea molto semplice" è di per sé rivoluzionaria, in quanto consente di comprendere l'essere umano – e quindi anche noi stessi – non come aggregati di atomi e molecole sottoposti a forze esteriori, ma come *esseri viventi*, dotati di possibilità di libertà e di autonomia. È quindi a partire da questa differente attitudine alla vita, e quindi all'uomo, che la comprensione delle *condizioni di possibilità* di ogni esperienza e la

⁴² BINSWANGER, *La psichiatria come scienza dell'uomo.*, p. 37

cura di quelle esperienze imbavagliate nella sofferenza ed incartate nel dolore divengono possibili. Non si tratta, però, di umanesimo fine a se stesso, ma di riaffermazione della psichiatria come pratica clinica, che conserva e rinnova la propria attitudine clinica nell'incontro e nello scambio tra esseri umani, e non tra distaccati aggregati di particelle elementari.

Nota bibliografica

Angela ALES BELLO, *Ontologia del femminile*, "Il pensare Rivista di filosofia", VII, 7, 2018.

Ludwig BINSWANGER, *Traum und Existenz. Einleitung von Michel Foucault*, Verlag Gachnang & Springer, Bern/Berlin 1992, trad. it. Lucia Corradini e Carlotta Giussani, *Sogno ed esistenza*, con introduzione di Michel Foucault, SE, Milano 1993.

Ludwig BINSWANGER, *Drei Formen missglückten Daseins: Verstiegtheit, Verschrobenheit, Manieriertheit.*, Tübingen 1956. trad. it. Enrico Filippini, *Tre forme di esistenza mancata: esaltazione fissata, stramberia, manierismo*, Il Saggiatore, Milano 1964; Garzanti, Milano 1978; SE, Milano 1992; Bompiani, Milano 2001.

Ludwig BINSWANGER, *Der Mensch in der Psychiatrie*, Pfullingen; 1957, trad. it. Bianca Maria d'Ippolito, *La psichiatria come scienza dell'uomo*, Mimesis Edizioni, Sesto San Giovanni 2013.

Ludwig BINSWANGER, *Wahn. Beiträge zu seiner phänomenologischen und daseinsanalytischen Erforschung*, Pfullingen, 1965, trad. it. Giorgio Giacometti, *Delirio: Antropoanalisi e fenomenologia*, Marsilio, Venezia 1989.

Ludwig BINSWANGER, *Per un'antropologia fenomenologica*, trad. it. a cura di Umberto Galimberti, Feltrinelli, Milano 2007

Bruno CALLIERI, *Quando Vince L'ombra. Problemi di psicopatologia clinica*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 1982.

Bruno CALLIERI Gilberto DI PETTA, Mauro MALDONATO, *Lineamenti di psicopatologia fenomenologica*, Guida, Napoli 1999.

Lorenzo CALVI, *Esercizi Fenomenologici D'uno Psichiatra Sulla carne, il sesso, la morte*, Mimesis, Milano 2007.

Ludovico CAPPELLARI, *Sul concetto di anastrophé*, PsychiatryOnLine, 13-01-2013
<http://www.psychiatryonline.it/node/1200>

Danilo CARGNELLO, *Alterità e alienità: introduzione alla fenomenologia antropoanalitica*, Feltrinelli, Milano 1966.

Gilberto DI PETTA, *Il mondo tossicomane, fenomenologia e psicopatologia*, Franco Angeli, Milano 2004.

Gilberto DI PETTA, *La “carne viva” dell’incontro*, PsychiatryOnLine, Cuore di tenebra. Viaggio al termine della psichiatria, 26/01/2020
<http://www.psychiatryonline.it/node/8390>

Gilberto DI PETTA, Danilo TITTARELLI, *Le psicosi sintetiche. Il contributo della psicopatologia fenomenologica italiana alle psicosi indotte da sostanze*, Fioriti, Roma 2016.

Gilberto DI PETTA, Danilo TITTARELLI, *The We-ness: a Dasein-analytical approach to group therapy*, in T. FUCHS, G. MESSAS, G. STANGHELLINI, *Phenomenological Approaches to Psychotherapy*, Psychopathology International Journal of Descriptive and Experimental Psychopathology, Phenomenology and Psychiatric Diagnosis, Karger AG, Basel 2019.

Gilberto DI PETTA, Danilo TITTARELLI, *Atmos/Eidos. The life-of-world between form and formless*, in *Psychopathology and Atmospheres: Neither Inside nor Outside*. Cambridge Scholars Publishing, Cambridge 2019.

ERACLITO, *Frammenti, Testo greco a fronte*, a cura di Francesco Fronterotta, BUR Rizzoli, Milano 2013.

Oliviero FRATTOLILLO, *Watsuji Tetsurō e l'etica dell'inter-essere: la costruzione di una relazionalità intersoggettiva*, Mimesis, Milano 2013.

Thomas FUCHS, *Das Unheimliche als Atmosphäre. Gefühle als Atmosphären*, Akademie Verlag, 2011, In Kerstin Andermann and Undine Eberlein, *Gefühle als Atmosphären Neue Phänomenologie und philosophische Emotionstheorie*.

Martin HEIDEGGER, *Sein und Zeit.*, M. Niemeyer 1927, trad. it. Alfredo Marini, *Essere e Tempo*, Mondadori, Milano 2017.

Edwin HERSCH, *From Philosophy to Psychotherapy: A Phenomenological Model for Psychology, Psychiatry, and Psychoanalysis*, University of Toronto Press, Toronto 2003.

- Karl JASPERS, *Allgemeine Psychopathologie*, 1913; trad. it. Romolo Priori, *Psicopatologia generale*, Il pensiero scientifico, Roma 1964.
- Joel KRUEGER, *Watsuji's Phenomenology of Aidagara: An Interpretation and Application to Psychopathology*, in T.SHIGERU, A. ALTOBRANDO, *Tetsugaku Companion to Phenomenology and Japanese Philosophy*, Springer Nature, Switzerland 2019. pag. 165–81
- Jacques LACAN, *Il seminario. Libro VII. L'etica della psicoanalisi. 1959-1960*, Einaudi, Torino 2008.
- Henry MALDINEY, *Della transpassibilità*, a cura di F. Leoni, Mimesis; Milano, 2004.
- Aldo MASULLO, *Logica, psicologia, filosofia. Un'introduzione alla Fenomenologia*, Il Tripode, Napoli 1961.
- Aldo MASULLO, *L'Arcisenso. Dialettica della solitudine*, Quodlibet, Macerata 2018.
- Guilherme MESSAS, Livia FUKUDA, *O diagnóstico psicopatológico fenomenológico da perspectiva dialético- essencialista*, “Revista Pesquisa Qualitativa”, 6, 11, 2018, pp. 160–191
- Eugène MINKOWSKI, *La schizophrénie: psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, Payot, Paris 1927; trad. it. Giuliana Ferri, *La schizofrenia*, introduzione di Stefano Mistura, Bertani, Verona 1980; trad. rivista da Anna Maria Farcito, Einaudi, Torino 1998; Fabbri, Milano 2008.
- Eugène MINKOWSKI, *Traité de psychopathologie*, Paris 1966; trad. it. Laura Schwarz, *Trattato di psicopatologia*, introduzione di Mario Francioni, Feltrinelli, Milano 1973.
- Eugène MINKOWSKI, *Vers une cosmologie: fragments philosophique*, Paris: Aubier-Montaigne, 1936; con prefazione di Jacques Chazaud, Paris: Payot & Rivages, 1999; trad. it. di Davide Tarizzo, *Cosmologia e follia: saggi e discorsi*, a cura di Federico Leoni, prefazione di Eugenio Borgna e Carlo Sini, Napoli: Guida, 2000; Torino: Einaudi, 2005; Milano: Fabbri, 2009
- OMERO, *Iliade*, a cura di Rosa Calzecchi Onesti, Einaudi, Torino 1963
- Hernst Cornelius RÜMKE, *Das Kernsymptom der Schizophrenie und das "Praecox-Gefühl"*, Z Gesamte Neurol Psychiatr, 1941
- Erwin STRAUS, *Vom Sinn der Sinne: Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie*, Springer, Berlin 1930.

Watsuji TETSURO, *Climate and Culture: A Philosophical Study*, Greenwood Press, Westport, CT 1961. trad. it. L. Marinucci, *Vento e Terra. Uno studio dell'umano*, Mimesis, Milano 2015

Danilo TITTARELLI, *Io Matteo Il Fegato*, in P. COLAVERO, *Storie Cliniche Fenomenologia e psicopatologia*, Edizioni Universitarie Romane, Roma 2014.

Danilo TITTARELLI, Saverio SABATINI, Lucia SCORTICHINI, Silvia CITTADINI, *Gita al Faro: la psicosi nascente*, “Evidence based Psychiatric Care. Journal of the Italian Society of Psychiatry”, Supplemento Speciale 04_2019, Case Report.

Viktor VON WEIZSAECKER, *Pathosophie*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1956.

Sitografia

Ludovico CAPPELLARI, *Sul concetto di anastrophé*, PsychiatryOnLine, 13-01-2013
<http://www.psychiatryonline.it/node/1200>

Gilberto DI PETTA, *La “carne viva” dell'incontro*, PsychiatryOnLine, Cuore di tenebra. Viaggio al termine della psichiatria, 26/01/2020
<http://www.psychiatryonline.it/node/8390>