

Note a margine di un caso clinico di psicosi

Salvatore Blanco

ASL 7 di Carbonia

«... il fatto che le malattie mentali siano fundamentalmente umane ci obbliga a non vederle come un fenomeno naturale generale, ma come un fenomeno specificatamente umano ...».

Karl Jaspers, 1946.

Al di là delle varie teorie sull'eziopatogenesi delle psicosi e sui suoi possibili correlati biologici, la trama fondativa dell'esperienza di Anna ci fornisce alcuni stimoli per entrare più profondamente nel mondo ipotetico e possibile del come-se, proposto dalla paziente, attirandoci nelle sue diverse prospettive e ricostruzioni, dal cui sfondo emergono con chiarezza due temi essenziali e fondamentali nella prassi psicoterapeutica: la relazione terapeutica e il significato dei deliri e delle allucinazioni nell'essere-nel-mondo-in-relazione-agli-altri all'interno di un'esperienza definita dalla psicopatologia classica come psicotica. Uno degli aspetti che colpisce di più nell'incontro con la persona psicotica è la rottura della capacità cooperativa, della prassi condivisa del vivere e del consenso nella comunicazione dell'esperienza (Arciero, 2002 2006, 2012), vedi l'assenza della convalidazione consensuale di Sullivan (1974).

Comportando il sentire psicotico una frattura dell'intersoggettività, difficilmente un trattamento psicoterapico riuscirà a superare la fase iniziale se il terapeuta non stabilirà un forte rapporto di affinità con il paziente. Questo rapporto di relatedness, estremamente importante con qualsiasi paziente, indipendentemente dalla categoria diagnostica alla quale appartiene, è fondamentale nel trattamento degli psicotici. Perciò, più rilevante di qualsiasi tecnica, è lo stabilire un atteggiamento di ascolto sincero, un tono emotivo sereno e uno scambio di sentimenti fra terapeuta e paziente.

Parlare della relazione terapeutica come co-costruzione fra terapeuta e paziente è complesso in quanto vi sono delle sfumature non tangibili e indefinite, perciò difficili da descrivere e quasi impossibili da suggerire. Solitamente quando questi pazienti vengono in terapia, si sentono inaccettati e inaccettabili, sospettosi e talmente sfiduciati in ogni contatto interpersonale da cadere nel delirio. Il terapeuta deve far sentire loro che non sono più soli al mondo, che sono accettati come esseri umani e che questa accettazione viene offerta loro incondizionatamente; il terapeuta deve cercare di creare una relazione basata su un'atmosfera di fiducia reciproca e offrire al paziente un rapporto di sicurezza superiore a qualunque altro legame precedente (Sullivan, 1974; Erickson, 1961; Guidano, 1998, 1992).

È inutile fingere di offrire al paziente l'affetto che desidera per compensare quello che non ha mai conosciuto; il terapeuta non può amare tutti i suoi pazienti, come solo le figure di attaccamento possono fare, ma può offrire la fiducia. Alcuni psicoanalisti, a questo proposito, hanno ritenuto che il controtransfert fosse il trattamento più vitale nel trattamento degli psicotici (Arieti, 1974) e fosse necessario per stabilire un'atmosfera di fiducia. Altri autori sostengono che, poiché il terapeuta non può avere simpatia per tutti i pazienti, deve limitarsi a trattare quelli verso i quali ha dei sentimenti positivi, e in cui forse vede un'esagerazione delle proprie problematiche non risolte (Arieti, 1974).

Non è importante quale atteggiamento il terapeuta possa assumere, ciò che conta è che sia consono alla sua personalità e che sia capace di comunicare la sensazione di questa fiducia.

In considerazione del fatto che l'esperienza psicotica comporta anche gravi distorsioni cognitive, può essere molto importante per il buon procedere della relazione terapeutica avere chiaro in che modo si sviluppi il pensiero del paziente, da quali necessità interiori o meglio da quali emozioni nasce all'interno del fluire dei rapporti. È la continua connessione delle emozioni con le relazioni che può permettere di leggere il gradiente di funzionamento mentale. Questa angolatura permette al terapeuta di lavorare per lo sviluppo degli strumenti per pensare del paziente e di evitare atteggiamenti interpretativi. L'apparente inderivabilità del delirio dalla storia di vita e dagli stati affettivi, l'incomprensibilità dovuta a disfunzioni narrative nella sequenzializzazione del linguaggio e la scarsa capacità di contestualizzazione degli eventi, obbliga a costruire una trama condivisa al fine di riparare il tessuto relazionale e renderlo meno impenetrabile. Il collegamento con gli eventi precedenti, l'attività di legare gli eventi tra loro, permette di mantenere una costante attribuzione di senso alla dinamica che viene osservata e in cui si manifesta la relazione; una certa fedeltà al qui e ora, insieme al dove e all'allora già accaduto e/o che viene ripetuto, ci consente di non esagerare con le nostre ricostruzioni personali. In sostanza, si sottolinea l'utilità di osservare il grado di funzionamento mentale del paziente, il modo con cui costruisce le sue comunicazioni, piuttosto che l'esclusivo contenuto immediato dei suoi pensieri.

A volte il contenimento dell'aggressività del paziente può essere difficile da gestire, proprio perché la vicinanza del terapeuta può risvegliarla. Il paziente può temere che a una tale stretta vicinanza seguirà inevitabilmente il rifiuto con conseguenze ancora più dolorose. Quindi egli vuole essere colui che rifiuta e colpisce per primo. Ogni volta che sia possibile il terapeuta deve condurre il paziente a riflettere su queste sensazioni, a volte vaghe. Se l'ostilità persiste e non può essere dominata in nessun modo, l'introduzione nel setting terapeutico di un'altra figura può aiutare a gestire il paziente. Se il terapeuta ha paura del paziente ed è incapace di superare questa paura, non deve tenerlo in cura; se il paziente sente che persino il terapeuta ha paura di lui, avrà più risentimento e più sfiducia in se stesso e nel terapeuta e, di conseguenza, diventerà più ostile.

Le tendenze simbiotiche, cioè la dipendenza completa dal terapeuta per ogni genere di iniziativa, sono molto frequenti durante la terapia. Queste tendenze possono essere utili solo all'inizio del trattamento, quando si deve usare ogni mezzo per prendere contatto col paziente, ma saranno pericolose più tardi se non vengono controllate.

Alcuni terapisti sono rimasti colpiti dai risultati raggiunti in alcuni casi con il semplice instaurarsi di una buona relazione con il paziente. Dal nostro punto di vista, tuttavia, da una riflessione sui casi trattati sembra emergere che i migliori risultati si siano ottenuti quando il paziente riesce ad acquistare una profonda comprensione della sua vita passata e presente, delle sue esperienze sintomatiche, dei suoi modi di agire e in particolare a capire il significato dei suoi sintomi nel contesto della sua trama autobiografica. La fenomenologia psicotica è compresa attraverso l'incapacità da parte del paziente di ricomporre temporalmente e in maniera sensata la propria esperienza del vivere.

L'uso acritico e fideistico della farmacologia può condurre, a volte, a situazioni in cui la dialettica bio/psico appare drammatica e paradossale, portando a situazioni disastrose provocate da una frettolosa eradicazione farmacologica del delirio e delle allucinazioni (Carnaroli e Giustino, 2012).

Come psicoterapeuti siamo in grado di dialogare con un paziente delirante, perché uno dei grandi pregi del delirio è il possibile sviluppo di una narrazione, quale tentativo di inscrivere la propria esperienza in una storia, ancorché fissata e delirante, invece di annaspire con un paziente inerte, vuoto, immerso nei suoi sintomi negativi. Così la parola cede a un silenzio vuoto di senso, facendoci sentire come attraversati dalla forte sensazione di essere soli di fronte al biologico: e in qualche misura probabilmente è anche così. La scomparsa della persona e l'assenza di una narrazione sulla quale cercare d'incontrarsi lascia gli psicoterapeuti disarmati di fronte a una "psicosi bianca", ma lascia anche intravedere una situazione in cui il trattamento farmacologico svela, senza poterlo realmente curare, un possibile fondo biologico dell'alienazione.

Salomon Resnik (2000) è stato un maestro unico in questo tipo di esplorazioni, abile proprio nell'indicare la possibilità di decifrare l'iconografia psichica prodotta dai pazienti psicotici al pari di vere e proprie opere d'arte, che attraverso le sue interpretazioni, le immagini e i pensieri deliranti assumono profondità inaspettate. È necessario aiutare il paziente a comprendere i modi con i quali traduce o trasforma in sintomi la propria esperienza di essere-nel-mondo-in-relazione-agli-altri. Dobbiamo tuttavia tener presente che la soppressione dei sintomi psicotici di per sé non costituisce una cura.

In un nostro studio del 1986 (Reda et al., 1986), notammo che l'esperienza delirante o allucinatoria, in qualche modo, stabilizzava le risposte psicofisiologiche e i correlati stati emotivi dei pazienti monitorizzati. Mentre individuammo nelle quattro organizzazioni neurotiche dei vincoli psicofisiologici stabili e costanti, il gruppo degli schizofrenici era caratterizzato da un'incessante disorganizzazione di tali ritmi, disordine alla base della difficoltà ad organizzare congruamente percezioni, cognizioni ed emozioni, ed indicatore di alterazioni della coscienza preriflessiva di Sé. Ciò nonostante, durante i periodi di attività delirante o allucinatoria, osservammo delle tendenze a organizzare i ritmi psicofisiologici nella direzione delle quattro Organizzazioni di Significato Personale (OSP) (Reda et al., 1986, 1988, 1991; Guidano, 1992). In generale, i pazienti schizofrenici erano caratterizzati da una estrema difficoltà a stabilizzare i parametri fisiologici di base secondo le regole più funzionali alla specie umana, con scarsa flessibilità quale misura dell'adattabilità del sistema ad assimilare dati di realtà. La capacità di assimilazione delle fluttuazioni emozionali è un indicatore attendibile dei parametri di articolazione del paradigma organizzativo col reale. Appare il mondo schizofrenico quando i processi d'integrazione restano bloccati su dei patterns rigidi e scarsamente mutabili. Per esempio, le esperienze emozionali e gli avvenimenti nuovi sono riconosciuti senza feed-back modificatori; progressivamente la distanza tra patterns di referenza volti al riconoscimento diventa sempre più grande, al punto che il processo stesso d'interpretazione si arresta. Come sostiene Atlan (1979), il funzionamento delirante dell'immaginario, non è delirante perché si proietta sul reale, ma perché interrompe di funzionare come sistema aperto, cessando di nutrirsi di interazioni di ritorno da questa reale fonte di alea, dunque di novità.

Dai dati emersi nelle nostre ricerche e in un'ottica post-razionalista (Guidano, 1992; Arciero, 2002, 2006, 20012), normalità, nevrosi e psicosi sembrerebbero proporsi come un unico continuum con dimensioni dinamiche e mutevoli i cui confini sono spesso indistinguibili. All'interno di questo spazio pluridimensionale, "la normalità" sembra essere caratterizzata da una maggiore flessibilità e generatività dei vincoli psicofisiologici con cui un'Organizzazione assimila e smorza le perturbazioni interne ed esterne, articolando in tal modo la propria direzionalità ortogenetica nel corso del ciclo di vita. Se un'organizzazione, durante la propria storia di sviluppo, irrigidisce tali vincoli, con

conseguente insufficiente articolazione della dimensione concretezza-astrazione, può evolvere verso una "dimensione nevrotica", mentre se, alla rigidità dei ritmi e al limite rappresentato da un'elaborazione troppo concreta delle informazioni, si aggiunge un incremento di disorganizzazione nell'integrazione delle risposte psicofisiologiche con interferenze, più o meno intense, sulle capacità auto-integranti del Sé, l'individuo tende a slittare verso una "dimensione psicotica". Possiamo allora comprendere come una persona che si distanzia dal proprio esperire può cominciare a sentirsi come se i propri pensieri e le proprie sensazioni avessero origine al di fuori dalla propria mente e dal proprio corpo; i propri pensieri diventano, così, parole pronunciate al di fuori della propria testa, o le proprie azioni, sensazioni o emozioni vengono avvertite come imposte dall'esterno (Sass, 1994).

Il delirio, dunque, come tentativo di ri-situarsi emozionalmente nella realtà, come un passo verso la "guarigione" e non come una semplice aberrazione dovuta alla perdita della realtà. Sul piano fenomenologico il delirio non come una capitolazione nel rapporto con l'altro, ma come discorso che cerca di ristabilire una comunicazione e può annodare il legame fra terapeuta e paziente. Se chi parla dice di sé, allora il tema fatalmente diventa la ricerca di un senso attraverso cui ricomprendere cosa la persona dice sulla propria esperienza psicotica.

A fini esemplificativi e per brevità esaminiamo soltanto un caso di allucinazioni auditive, sebbene lo stesso metodo, con le dovute modifiche, si possa applicare anche ad altri tipi di allucinazioni. Salvo il caso di pazienti che sono in una fase molto avanzata della malattia, oppure pazienti con i quali è impossibile stabilire una buona relazione, si può constatare che gli episodi delle voci allucinatorie si verificano soltanto in circostanze particolari, cioè quando il paziente si aspetta di udirle.

Noemi è una ragazza di 30 anni che, in seguito al fallimento dell'azienda familiare, ha dovuto modificare radicalmente il proprio stile di vita, passando da un quartiere signorile ad un edificio popolare, adattandosi a convivere con i genitori dopo un periodo di relativa indipendenza economica. È in trattamento farmacologico con antipsicotici presso il CSM della sua città, con diagnosi di Disturbo Schizotipico di Personalità [DSM 5, cod. 301.22 (F21)] e Disturbo Schizoaffettivo di tipo Depressivo [DSM 5, cod. 295.70 (F25.1)] (APA, 2014), grave ad andamento cronico. Sei anni fa, dopo il crack finanziario, la paziente ha presentato il primo episodio psicotico; al momento dell'esordio il quadro psicopatologico comprendeva una chiara sintomatologia depressiva, che appariva in un momento di relativa remissione, evidenziabile e precedente la sintomatologia positiva, su cui si installava un quadro psicotico severo. La sintomatologia psicotica includeva un grave disturbo del contenuto del pensiero, che risultava polarizzato su tematiche persecutorie e di colpa congrue con il tono dell'umore, umore anche divagante e circostanziale; il processo di pensiero risultava compromesso nelle componenti attentive, con scarse capacità di astrazione. Alle alterazioni del pensiero si associavano allucinazioni uditive, caratterizzate da una voce maschile che con tono sprezzante la insultava e le ordinava di uccidersi. La paziente identificava in questa voce la voce del demonio, per cui, parallelamente alle cure psichiatriche, si è sottoposta, in questi anni, anche a numerose pratiche di esorcismo. Noemi è una cattolica praticante, segue quotidianamente la messa ed è associata e frequenta assiduamente alcune comunità religiose radicali. Quando un anno fa ha iniziato con me la psicoterapia seguiva settimanalmente dei gruppi di preghiera di liberazione e aveva contatti con vari sacerdoti esorcisti. Oltre a frequenti e plurisettimanali episodi di allucinazioni uditive, era apprezzabile un'intensa quota di ansia libera ed insonnia; particolarmente compromessa appariva la funzionalità sociale, la capacità di stabilire relazioni interpersonali, e la volizione. Frequentava solo persone conosciute alla terapia di gruppo del CSM

ed aveva una relazione sentimentale con un ragazzo anch'egli psicotico, seguito nello stesso CSM. La paziente si è rivolta a me su suggerimento di un mio paziente incontrato alla terapia di gruppo.

Dopo aver stabilito un rapporto di affinità, sicuramente favorito dal fatto che avesse scelto lei di intraprendere una psicoterapia, attraverso la ricostruzione scenica degli episodi sintomatici e sotto la mia guida, Noemi comincia a distinguere le due fasi: la fase dell'atteggiamento di ascolto e la fase dell'allucinazione. Nelle successive sedute, attraverso la focalizzazione sulle esperienze allucinatorie riconosce e diventa sempre più consapevole che vi è un breve intervallo fra l'attesa della voce e la manifestazione della voce del demonio. In un primo momento ha cercato di spiegare questa sequenza dei fatti come una pura coincidenza, ma alla fine si è resa conto della relazione fra il proprio mettersi all'ascolto e la comparsa della voce.

Una successiva tappa è consistita nell'aiutarla a rendersi conto del fatto che si situa in questo atteggiamento di ascolto quando si trova in un particolare stato d'animo o circostanza; ad esempio, quando avverte il senso di colpa per aver peccato e immediatamente sente la voce del demonio che la insulta (i temi emozionali che normalmente innescano i fenomeni allucinatori riguardano eventi in cui cede al desiderio sessuale nei confronti del proprio ragazzo, forti litigi in particolare con la madre e episodi vissuti come fallimento personale). Ha l'impressione che peccare porti gli altri ad avere un atteggiamento sprezzante nei suoi confronti e, poco dopo, ne ha le prove: ode il diavolo che fa commenti sgradevoli sul suo conto e la insulta dicendole che è una serpe immonda ed una donnaccia; uno dei contesti privilegiati è, durante la messa, quando all'atto di prendere la comunione si sente osservata, mal giudicata e umiliata dalle persone dietro di lei. Ha paura di aver commesso peccati, nell'intervallo fra la confessione e la comunione, quando si deve restare puri. Questi peccati sono di solito pensieri peccaminosi che riguardano la sessualità e sentimenti di ostilità verso la madre. Prova vergogna per queste idee ed è sicura che gli altri possano leggere la sua mente. Alcune volte rivelò questi pensieri al confessore, il quale ammise che erano pensieri peccaminosi. Allorché ha la sensazione di essere inadeguata e inutile, non sostiene questo sentirsi per più di pochi secondi; l'autocondanna la mette quasi automaticamente nell'atteggiamento di ascolto e ode subito la voce del demonio che dopo averle detto che non vale niente, le ordina di farla finita buttandosi dalla finestra.

Quando un paziente diventa consapevole del rapporto fra il proprio stato d'animo ed il suo mettersi in ascolto, si è fatto un gran passo in avanti. Non si vedrà più come un agente passivo, come la vittima di uno strano fenomeno o, nel caso di Noemi, della tirannia di Satana, ma come qualcuno che è responsabile di ciò che gli accade. Inoltre, se riesce a sorprendersi nell'atteggiamento di ascolto, significa che non è ancora disceso al gradino di pensiero paleologico dal quale è molto difficile risalire (Arieti, 1975).

Ho potuto constatare che quando si riesce a stabilire un'atmosfera di affinità e di comprensione con i pazienti, essi imparano abbastanza facilmente a sorprendersi diverse volte al giorno, alla minima contrarietà, nell'atto di mettersi nell'atteggiamento di ascolto. In certi casi, sebbene riconosciuto il fenomeno, hanno la sensazione che sia un meccanismo automatico che non riescono a controllare; col tempo, però, saranno in grado di stabilire un controllo sempre crescente sul sintomo.

Comprendere una sequenza scenica è cosa ben diversa dal comprendere un singolo fotogramma, poiché ogni fenomeno trae il proprio significato da una concatenazione di fenomeni. È questo il punto in cui la stessa nozione di comprensione statica mostra tutti i propri limiti, e la fenomenologia

mostra la propria intrinseca natura ermeneutica. Comprendere un fenomeno, dunque, non equivale a comprendere ciò che si dà immediatamente alla coscienza riproducendo tale fenomeno in se stesso; bensì, inserirlo in un flusso di fenomeni che più o meno esplicitamente affiorano alla coscienza e cogliere l'unità semantico-strutturale tra esso e tutti gli altri. La dimensione temporale entra prepotentemente in gioco quando si intende comprendere un vissuto, cioè un frammento del mondo interno di una persona.

Più in generale, le dimensioni che nelle psicosi vengono alterate interessano tali aspetti:

- (1) la capacità di astrazione, a causa della pregnanza delle tonalità emozionali troppo concrete, difficili da processare narrativamente;
- (2) la capacità di integrazione, che riguarda la possibilità di considerare appartenente al Sé un dato emotivo, o meglio una complessità di dati spesso contraddittori tra loro, che pertanto vengono ritenuti estranei o esterni al Sé;
- (3) la capacità di sequenzializzazione connessa all'acquisizione di una modalità "scritturale" nel dare un ordine temporale, logico e tematico all'esperienza perturbante sia per attribuire ai propri vissuti un significato comprensibile e coerente col senso di Sé, sia per contestualizzarli facendo sì che siano in sintonia col gruppo di riferimento entro il quale il soggetto vive e si esprime;
- (4) la flessibilità, cioè la possibilità di manipolare la propria esperienza in modo più articolato, di essere generativi nel saper enunciare diverse ipotesi e spiegazioni di esperienze particolarmente discrepanti e, conseguentemente, di agire comportamenti variabili a dipendere dalle circostanze; questo aspetto è strettamente connesso alla capacità di costruire rapporti intersoggettivi, di sviluppare competenze sociali, che permettano di arricchire, articolare, modificare, almeno in parte, punti di vista, attitudini, disposizioni d'animo.

Un contenuto esperienziale non riconosciuto può quindi diventare un qualcosa di subito e non decodificato che può essere tenuto fuori dalla coscienza mediante un'attività motoria che tende a escludere una qualsiasi narrativa (per esempio, assumendo forme maniacali o catatoniche, e comportamenti disorganizzati); oppure, come nel caso di Noemi, può non essere processato attivando una modalità prevalentemente sensoriale, come fosse una perturbazione esterna che parla alla persona indipendentemente da lei con una voce che le dice quello che non riesce a dirsi da sola; può, viceversa, essere processato con una modalità cognitiva non sequenzializzata in cui si tenta una riconfigurazione narrativa che può andare dal delirio più o meno strutturato alla disorganizzazione del discorso; da ultimo può essere processato con una modalità narrativamente discontinua e con una prevalente modalità relazionale, agita emotivamente con atteggiamenti oppositivo-provocatori, aggressivi, acting-out fino alla chiusura autistica (per es., in un soggetto borderline).

Dall'analisi dei casi clinici di Anna e Noemi, appare necessario nel trattamento psicoterapico delle psicosi:

- (1) mettere il fuoco dell'osservazione su aspetti esperienziali che esprimono emozioni fondamentali a dipendere dall'organizzazione di significato personale (Guidano, 1988, 1991), come, ad esempio, l'imbarazzo o la vergogna del giudizio (organizzazioni tipo disturbi alimentari) e la paura (organizzazione fobica), temi che permettono al terapeuta un ingresso immediato nel mondo

psicotico; i contenuti sono derivabili dai temi organizzazionali di base su cui si è andata strutturando l'identità personale;

- (2) introdurre nella terapia la dimensione di una "progressione" nella gravità del tema presentato, mettendo in evidenza una gradazione di livelli su cui si può più agevolmente lavorare (per esempio, un tema di riferimento degli altri come giudicanti può avere gradazioni diverse, più o meno concrete e pervasive, e tra un timore del giudizio che provoca ansia e un delirio di riferimento strutturato, c'è un continuum che permette di articolare questa stessa tematica rendendola più sfumata e quindi gestibile); con questa impostazione, l'opportunità o meno di intervenire farmacologicamente su una situazione iniziale che potrebbe evolvere in una forma psicotica viene superata dalla possibilità di modulare l'intervento seguendo attentamente il disturbo nella sua progressione;
- (3) segnalare e successivamente ridurre la distanza tra terapeuta e paziente, riconducendo lo scompensamento psicopatologico all'attivazione di un tema di significato che può appartenere, in forma più astratta, anche ad un individuo cosiddetto "normale"; tale pianificazione può favorire la comprensione dei fenomeni psicotici che vengono visti come articolazioni estreme di una stessa "banda di significato" condivisibili dal terapeuta, permettendogli, inoltre, di riflettere sul proprio materiale personale utilizzando gli stessi criteri di base che usa per i "pazienti";
- (4) quando di qualche utilità, permettere di lavorare con i familiari introducendo un tema di significato da loro riconoscibile in quanto può essere condiviso e appartenere alla storia della famiglia; riportare alla sua storia e al suo ambiente familiare i significati confusi e disorganizzati che lo psicotico manifesta nel comportamento e nel discorso permette inoltre di attenuare il senso di estraneità e i conseguenti atteggiamenti impulsivi o di iper-tolleranza/collusione favorendo quelli di comprensione.

Molti clinici, già da tempo, hanno tentato di entrare nel delirio immergendosi direttamente nella realtà psicotica (Rosen, 1953; Sechehaye, 1947). Sebbene questi metodi abbiano avuto buoni risultati con alcuni pazienti, sono riusciti difficili da utilizzare e di scarsa efficacia con altri. Il mondo psicotico è spesso irriducibile ed unico, inoltre una parte del paziente è spesso ancora in contatto con il mondo reale e diffida di ogni tentativo di condividere la sua esperienza. Occuparsi di deliri e allucinazioni è soltanto una parte del trattamento complessivo della psicosi, e quindi non dovrebbe essere considerato un approccio sintomatico nel senso comune della parola. I sintomi psicotici tendono non soltanto ad autopertuarsi, ma anche a facilitare un deterioramento graduale.

Molti deliri possono essere considerati concretizzazioni di situazioni o stati d'animo passati o presenti che non si riescono a sostenere o sopportare a livello astratto. Nel caso della nostra paziente è più facile per lei pensare che il demone le parli piuttosto che vivere dei temi di natura etica, con conseguente senso di colpa, che la possono esporre al giudizio e alla condanna sociale, per esempio, temi legati al cedere al desiderio sessuale o a forti sentimenti di rabbia nei confronti della propria madre. Il paziente può trovare difficoltà a capire alcune di queste concretizzazioni attive, comunque, alla fine una buona parte dei pazienti vi riuscirà, traendone sensibile beneficio. A volte i pensieri sono immediatamente tradotti nei fatti reali che rappresentano, allo stesso modo in cui, nelle allucinazioni e nei sogni, sono trasformati in percezioni. Un pensiero che rappresenta una possibilità non può essere sostenuto per molto tempo da una mente disturbata: una possibilità è una astrazione. Le possibilità che riguardano situazioni ansiogene sono sì concepite nella mente

dello psicotico, ma non sono sostenute a lungo: vengono tradotte in realtà. Rendere il paziente consapevole di questa tendenza, sebbene all'inizio del trattamento egli potrà non essere capace di arrestare il processo, gli farà prendere gradualmente coscienza del ruolo che egli stesso svolge nel provocare la comparsa dei deliri, mettendo in atto una riformulazione interna del problema.

Vedere un sintomo psicotico da un punto di vista post-razionalista può trasformare questa umana possibilità da evento senza senso ad esperienza immersa nella linea del significato e della donazione di senso. Nell'approccio tradizionale non esiste la persona come portatrice di sintomi e 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 sezionando, così, il sintomo psicopatologico nella sua costituzione schematica senza risalire ai nodi di significato che nel sintomo si addensano e si stratificano.

Una psicopatologia ermeneutico-post-razionalista, che abbia come oggetto le distorsioni della soggettività e della intersoggettività, sottintende un rovesciamento metodologico radicale, copernicano, nei confronti della psichiatria classica e del cognitivismo razionalista, che esauriscono il loro oggetto in un disturbo intra-individuale considerato come disturbo organico, somatogenetico o, anche, come disturbo rigidamente psicogenetico e comportamentale. Infatti, muovere dall'intersoggettività e dalle sue modificazioni (dalle sue trasformazioni strutturali) per definire l'oggetto della psicoterapia, significa, da una parte, rimettere in contestuale discussione la soggettività del paziente e quella del terapeuta 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 sull'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 (1960, 1998), di Heidegger (1987, 1989), di Scheler (2010), di Merleau-Ponty (2003) e da quelli di Jaspers (1964).

L'applicazione più rigorosa e geniale del metodo fenomenologico in psichiatria risale a Ludwig Binswanger (1971) che, nel corso di lavori straordinari, ha consegnato ad esistenze psicotiche segnate dall'apparente insignificanza una profonda donazione di senso. In uno dei suoi testi più stringati e taglienti, 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" (Binswanger, 1957).

Le articolazioni psicopatologiche dei vissuti sono affrontate e decifrate nella loro conoscibilità mediante quella immedesimazione, quelle ininterrotte sequenze di sentire-insieme, che in senso Diltheyano (1927, 1979) e Scheleriano (1923) 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 psicoterapia.

Si dissolve, così, lo steccato che separa l'io dal mondo, il soggetto dall'alter-ego, l'anima dal corpo; e la psicoterapia si fonda come scienza radicale della intersoggettività. Al di là di questi aspetti non solo teorici, del resto, una dimensione fenomenologica della psicoterapia significa che l'io non può 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 complementarietà. Ogni esperienza psicotica, e ogni esperienza neurotica, si svolgono e si tematizzano nel contesto dialettico di una soggettività e di una alterità che si confrontano e si alimentano reciprocamente.

Gli scenari della psicoterapia 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 dell'intersoggettività: come modalità inafferrabile e nondimeno tematizzabile di una distorta comunicazione con il mondo degli altri e con il mondo delle cose (Guidano, 1992; Arciero, 2012). Gli splendidi studi sulla schizofrenia di Binswanger (1971) consentono di seguire con il fiato sospeso come dalla frattura dell'intersoggettività nascono le sequenze terrificanti e sconvolgenti del delirare e dell'allucinare, dell'estraniarsi dal mondo e del perdere la continuità temporale del vissuto. I vissuti dei pazienti si costituiscono come la premessa radicale e decisiva ad ogni conoscere in psichiatria.

Non c'è psicoterapia, e non c'è conoscenza in psicoterapia, che non muovano dalla soggettività dei pazienti e dalla loro significazione in ordine alla fondazione e al senso della intersoggettività e della comunicazione intesa come architrave fra l'una soggettività e l'altra soggettività. Ovviamente, come dice Binswanger (1971), non ci si limita qui alla comprensione delle parole dei pazienti come se fossero una comunicazione trasparente (una comunicazione, cioè, decifrabile nel senso della loro auto-interpretazione), ma ci si richiama alle loro parole come punto di partenza per una interpretazione ermeneutica della loro modalità di esistenza.

Il discorso rimanda alla fondazione ultima di ogni fenomenologia e di ogni psicoterapia: è nel contesto della comunicazione e dello scacco della comunicazione, che si coglie l'essenza di ogni articolazione (dialogica e dialettica) della condizione umana, normale e psicotica. La radicalità dell'autismo, dell'autismo schizofrenico come dell'autismo depressivo, non si può comprendere del resto se non nell'ombra di questa dissolvenza atroce dell'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 comunicazione infranta e deformata o, almeno in alcuni casi, compensativa e sostitutiva. 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. Tale elaborazione, conseguita mediante un lavoro ermeneutico che coinvolge il terapeuta e lo stesso paziente, si pone come la chiave di accesso all'orizzonte significativo della psicosi e sottrae l'esperienza delirante dalla sua presunta estraneità, obbligando a situarsi di fronte alla consapevolezza di muoversi sul terreno di una comune umanità.

Non si potrebbe spiegare altrimenti il fatto che un'esperienza psicotica (delirante o allucinatoria) non abbia una consistenza e una compattezza insensibili alla situazione ambientale e interpersonale in cui il paziente vive, ma, al contrario, un'estrema plasmabilità e una singolare connotazione osmotica tali da determinare l'accensione e lo spegnimento di un mondo delirato; ciò al di là di ogni somministrazione farmacologica e solo in connessione con il contesto ambientale, con il rifiuto o

l'accettazione che il contesto dimostra nei confronti del paziente e delle sue manifestazioni psicopatologiche. Seguendo il filo di una riflessione complessa e articolata, il terapeuta si trova a essere condotto nei claustrofobici universi di esistenze paralizzate, percepisce l'impoverimento di ciascuna esperienza presente che, svuotata di senso, perde ogni rimando alla memoria del passato e all'attesa del futuro, sperimenta l'isolamento provato di fronte allo scacco di ogni intesa comunicativa con l'altro.

Noi non siamo segnati da un destino assoluto e inarrestabile ma, insieme a quelle che sono le nostre determinazioni personologiche, 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 un'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, però dotata però di antenne captanti e luminose).

L'esperienza psicotica, come scacco dell'intersoggettività e come fallimento della comunicazione, ci riporta alla dimensione concreta e straziante dell'esistenza che può sconfinare negli abissi dell'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.

Nella psicopatologia irrompono, dunque, le scienze del linguaggio e le scienze letterarie che affrontano il problema della psicosi 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 psicopatologia 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.

Molto si potrebbe ancora dire su quanto in realtà sia inadeguata la visione della negatività psicotica come puro deficit da correggere e, in generale, una visione della psicopatologia che riduce la persona alienata al suo "disturbo" e il fatto psicopatologico a "sintomo" o comportamento scorretto, avulso dalla sua storia, dalle complesse negoziazioni di cui è il prodotto, dal "mondo" in cui si inserisce e da quello che esprime, dalla matrice intersoggettiva entro cui prende forma e dai modi come essa tende a replicarsi (o viceversa a trasformarsi) nelle relazioni attuali e nei contesti di cura; dal suo organizzarsi, disorganizzarsi e riorganizzarsi lungo un percorso che non è mai una catena semplice di fatti naturali. Così come, del resto, nessun percorso riabilitativo può essere pensato come un semplice riadattamento tramite il mero recupero di competenze cognitive perdute.

Sul versante metodologico, la psicopatologia post-razionalista insegna che la patologia mentale non deve essere osservata dall'esterno come se fosse un mero epifenomeno di meccanismi sub-personali, ma deve essere interrogata come l'indice semantico del percorso esistenziale di una persona. La psicopatologia post-razionalista nasce in contrapposizione al mito positivista del cognitivismo razionalista, che riduce l'incontro con il paziente a una mera descrizione dei sintomi, per poi raggrupparli in entità nosografiche che richiamano le classificazioni botaniche, e da qui

procedere ad una terapia che ha come fine la potatura dei sintomi, in affinità col lavoro di uno scrupoloso agricoltore.

In tale cornice epistemologica viene privilegiato un vertice di osservazione che intende quindi superare i limiti di ogni tipo di riduzionismo (non solo quello biologico), aprendo nella malattia mentale un orizzonte di senso in grado di illuminarci sul nesso tra ciò che è umano e ciò che è malato. In tale prospettiva la psicopatologia post-razionalista va intesa come una “psicologia del patologico”, dove l’obiettivo centrale della clinica si traduce in un percorso esplorativo sulle condizioni di possibilità dell’esperienza umana e delle sue declinazioni psicopatologiche. I disturbi mentali vengono cioè studiati non in quanto deviazioni dalla norma o alterazioni del buon funzionamento, ma in quanto espressioni (fenomeni) che consentono di risalire alla trama fondativa dell’esperienza umana. La psicopatologia post-razionalista si è posta, inoltre, in maniera radicale il problema di come, ed entro quali limiti, sia possibile accedere ai vissuti dell’altro, comprenderne il senso, e ricostruire le strutture portanti dei mondi entro i quali tali vissuti sono situati. Questo processo di conoscenza è consapevole di quanto i pregiudizi, cioè le categorie (in particolare, quelle nosografiche, etiche, filosofiche ecc.) entrino in gioco nella genesi della propria visione dell’altro e ne ostacolano una piena comprensione. È tale modello che ci permette di non pensare il paziente e la malattia come oggetti e ci obbliga a non ridurre il paziente all’anonimato dei meccanismi biologici.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Cortina Raffaello, Milano, 2014.
- Arciero G., *Studi e dialoghi sull'identità personale*, Bollati Boringhieri, Milano, 2002.
- Arciero G., *Sulle tracce di sé*, Bollati Boringhieri, Milano, 2006.
- Arciero G., Bondolfi G.: *Sé, Identità e Stili di Personalità*. Bollati Boringhieri, Milano, 2012.
- Arieti S., *Studi sulla Schizofrenia*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1974.
- Atlan H.: 1979 *Entre le cristal et la fumee*. Edition de Seuil.
- Binswanger L., *Der Mensch in der Psychiatrie*. Neske, Pfullingen, 1957
- Binswanger L., *Melancholie und Manie. Phänomenologische Studien*. Neske, Pfullingen, 1960. *Melanconia e Mania. Studi fenomenologici*. Boringhieri, Torino, 1971.
- Carnaroli F., Giustino G. (2012). *Psicoanalisi delle psicosi: un tema da sviluppare*. www.spiweb.it (home>PSICOANALISI>Dibattiti Teorico-Clinici).
- Dilthey W., *Gesammelte Schriften, vol. I: Einleitung in die Geisteswissenschaften*, Teubner, Stuttgart 1979. Trad. it. *Introduzione alle scienze dello spirito*, Bompiani, Milano 2007.
- Dilthey W., *Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften, in Gesammelte Schriften, vol. VII: Der Aufbau der geschichtlichen Welt in den Geisteswissenschaften*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1927. Trad. it. *La costruzione del mondo storico nelle scienze dello spirito, in Scritti filosofici (1905-1911)*, UTET, Torino 2004.
- Erickson M.H., *Chronic Schizophrenia: Explorations in Theory and Treatment*, JAMA. 1961;176(5):470.
- Guidano V.F., *Selfhood processes and life span development*, Guilford, New York, 1987, (trad. It. *La Complessità del Sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1988).

- Guidano V.F., *The Self in Process (toward a post-rationalist cognitive therapy)*, Guilford, New York, 1991, (trad. It.: *Il Sé nel suo divenire: verso una terapia cognitiva post-razionalista*, Bollati Boringhieri, Torino, 1992).
- Heidegger M., *Essere e Tempo (1927)*, Longanesi, Milano, 1976.
- Heidegger M., *Kant e il problema della metafisica (1929)*, Laterza, Bari, 1989.
- Heidegger M., *Segnavia (1967)*, Adelphi, Milano, 1987.
- Husserl E., *Per la fenomenologia della coscienza interna del tempo (1883-1917)*, Angeli, Milano, 1998.
- Husserl E., *Meditazioni Cartesiane (1950)*, Bompiani, Milano, 1960.
- Jaspers K., *Allgemeine Psychopathologie*, 1913, 19202, 19233, 19464. *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1964.
- Merleau-Ponty M., *Phénoménologie de la perception*, Paris, Éditions Gallimard, 1945. *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano, 2003.
- Reda M. A., Arciero G., Blanco S., *Organizzazioni cognitive, strutture psicofisiologiche e diagnosi di schizofrenia*, Riv. di Psichiatria, 1986, 21, 142-148.
- Reda M.A., *Sistemi complessi e psicoterapia*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1986
- Reda M. A., Blanco S., Guidano V.F., Mahoney M.J., *Physiological deregulation and psychological disorders: data from the clinical use of Mirror Time*, 22nd Annual AABT Convention, New York, 17-20 nov. 1988
- Reda M. A., Blanco S., Demontis D., *Problemi psicoterapeutici con pazienti psicotici: una ricerca sperimentale*, Neurologia Psichiatria Scienze Umane, New Trends in Schizofrenia, 379-386, 1991
- Resnik S., *Temps de Glaciation*, Paris: Éd. Eres, 2000; trad. Elena Pasquinelli, *Glaciazioni. Viaggio nel mondo della follia*, Torino: Bollati Boringhieri, 2001.
- Rosen J.N. (1953) *Direct analysis*. Grune and Stratton, New York.
- Sass L.A., *Madness and Modernism*, Harvard University Press in Cambridge, Mass, London , 1994. Trad. It., *Follia e modernità*, Raffaello Cortina, Milano, 2013.
- Scheler M., *Essenza e forme della simpatia (1923)*, FrancoAngeli, Milano 2010.
- Sechehaye M.-A. (1947) *La réalisation symbolique. Nouvelle méthode de psychothérapie appliquée à un cas de schizophrénie*. Revue suisse de psychol. et de la psychol. appliquée. Suppl. 12. Huber, Bern.
- Sullivan H.S., *Schizophrenia as a Human Process*, W.W. Norton & Company, 1962, University of Michigan.