

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI CATANIA
Facoltà di Scienze della Formazione, Lettere e Filosofia, Medicina e
Chirurgia
Corso di Laurea in Scienze e Tecniche Psicologiche
Polo didattico di Enna

Tesi di Laurea

CALANDRA ALFIO ALFREDO

NUOVI ORIZZONTI PER LA CURA DELLE
PSICOSI GRAVI
FENOMENOLOGIA ED INTERSOGGETTIVITÀ A CONFRONTO

Relatore:
Ch.mo Prof. Giorgio Falgares

ANNO ACCADEMICO 2006-07

*A Michele e Pinuccia. Più che
semplici genitori. Capaci di
indicarmi la strada, sempre.
In silenzio.*

*A Marelia, Daiana, Deborah.
Le donne di cui sono
veramente innamorato.*

A SILVESTRO.
*A Te dedico tutta la mia vita,
poiché Tu hai dedicato la Tua
alla Nostra Famiglia.
Grazie, Fratello Mio.*

INDICE

Introduzione

<i>Fenomenologia ed Intersoggettività a confronto</i>	pag.5
---	-------

Capitolo I Le basi intersoggettive della vita psichica

<i>1.1 Intersoggettività e il mito della mente isolata</i>	pag.12
<i>1.2 L'alienazione dalla vita sociale</i>	pag.13
<i>1.3 L'alienazione dalla soggettività</i>	pag.14
<i>1.4 Tre forme di inconscio nella prospettiva intersoggettiva</i>	pag.17
<i>1.5 Le tre forme di inconscio nella terapia psicoanalitica</i>	pag.19
<i>1.6 Trauma e patogenesi</i>	pag.21
<i>1.7 La formazione delle fantasie</i>	pag.27
<i>1.8 L'alleanza terapeutica</i>	pag.30
<i>1.9 Le situazioni di impasse</i>	pag.38
<i>1.10 Le reazioni terapeutiche negative</i>	pag.40

Capitolo II Psicopatologia del senso comune: fenomenologia a confronto

<i>2.1 Fenomenologia</i>	pag.42
<i>2.2 Il "logos" della fenomenologia</i>	pag.44
<i>2.3 Genealogia della psicopatologia</i>	pag.45
<i>2.4 Dal manicomio alle metamorfosi della follia</i>	pag.49
<i>2.5 L'equivoco ascetico: psicopatologia, fenomenologia e fenomenologia sociale</i>	pag.51
<i>2.6 Le radici interiori dell'intersoggettività</i>	pag.54
- <i>Co-soggettività</i>	pag.55
- <i>Intersoggettività concreta</i>	pag.56
- <i>La comunità anonima</i>	pag.57
<i>2.7 Intersoggettività, sensus communis e sintonizzazione</i>	pag.57
- <i>Sensus communis</i>	pag.58
- <i>Sintonizzazione</i>	pag.59
<i>2.8 I sensi del senso comune</i>	pag.61
<i>2.9 Le origini della fenomenologia sociale</i>	pag.64

*2.10 La dimensione sociale del corpo nel fenomeno
dell'intersoggettività*

pag.64

**Capitolo III
Clinica della schizofrenia**

3.1 Schizofrenia e sesto senso

pag.66

Conclusioni

Conclusioni

pag.78

Bibliografia

pag.81

Introduzione

Fenomenologia ed Intersoggettività a Confronto

Rapporti tra psicopatologia, filosofia, fenomenologia sociale ed intersoggettività:

Scopo della tesi è quello di impostare un lavoro di riflessione sulla clinica delle psicosi che va oltre l'ambito tradizionalmente riconosciuto alla dimensione clinica, interrogandosi sul rapporto tra psicopatologia e filosofia, sul tema della fenomenologia e sulla questione dell'intersoggettività.

Procediamo per gradi.

Scrive Racamier (1992): “È troppo facile – ed è falso – dire che quando c'è la psicosi c'è una *tabula rasa*”. Ridurre la psicopatologia delle psicosi ad un deficit, un difetto, una mancanza è un'operazione semplificatoria che nessuno psicopatologo si può permettere. La metodologia della ricerca costringe necessariamente ad operare semplificazioni. Si può decidere di studiare con metodi empirici alcuni specifici aspetti della patologia psicotica: studiare con tecniche di *neuroimaging* l'encefalo di un allucinato nell'udito. Ma se la ricerca implica una semplificazione, i ricercatori non sono inconsapevoli

dell'operazione che stanno compiendo; se per indagare un aspetto specifico della schizofrenia è necessario perdere di vista la globalità del fenomeno, nel lavoro clinico questa dimensione globale non può invece essere persa.

Quella *tabula*, che può anche sembrare “*rasa*” vista da lontano, invece che povera e vuota, si rivela densa e piena – *quando ci si avvicini ad essa senza aver troppo timore di esserne catturati*. La presa in carico di un paziente schizofrenico è cosa completamente diversa dalla ricerca sulla schizofrenia. Se la ricerca consente di *isolare* un sintomo, una rappresentazione della schizofrenia e di lavorare anche proficuamente su quel fenomeno isolato dal suo contesto di appartenenza, il lavoro clinico obbliga a tenere conto nello stesso tempo di una *serie eterogenea di fenomeni*. In questi anni una visione semplificata della psichiatria (sistematicamente promossa dai mass-media) ha congiurato con la tendenza ad attenzionare comportamenti oggettivabili, osservabili dall'esterno, misurabili, ma disinteressata alla conoscenza delle esperienze soggettive ed a quei percorsi che sottendono quegli stessi comportamenti. Una psichiatria di superficie che ambisce ad essere riconosciuta come scienza oggettiva anche a costo di perdere uno dei suoi cardini fondamentali della sua specificità, vale a dire l'attenzione alla dimensione della soggettività. Una psichiatria che interviene nell'immediato, che deve conseguire risultati senza tenere in conto il fatto che la patologia ha i suoi tempi, tempi che non coincidono necessariamente con le esigenze dei pazienti, dei familiari,

degli psichiatri stessi. L'unica psichiatria che sembra interessare e coinvolgere la maggior parte dell'opinione pubblica è quella mediata dalla televisione, dalle riviste, dai quotidiani. Una psichiatria che magari salta da un fatto di cronaca tragico ed eclatante ad un altro, ma che *perde di vista i percorsi* che conducono a gesti così estremi. Gesti che non scaturiscono dal nulla. Se isolati dal contesto e dalla storia che li ha preceduti quei gesti suonano estranei, alieni, inspiegabili, inconcepibili e non possibilità estreme che si collocano alla fine di un percorso tragico, ma pur sempre possibile.

In questo contesto generale questa tesi vuole svolgere un'opera di riflessione offrendo la possibilità di cercare di abbandonare il terreno delle iper-semplificazioni, fare cioè da argine alle idee che psichiatri, psicologi clinici siano chiamati solo ad inseguire situazioni tragiche ed estreme perdendo di vista la loro dimensione complessiva del loro operare.

L'intervento nelle situazioni acute, di urgenza o di emergenza, non può riassumere le attività e le funzioni di un servizio di psichiatria. Questo tipo di azione, se pensato solo per far fronte a situazioni disperate, diventa esso stesso altrettanto disperato, oltre che sostanzialmente inefficace.

Accanto a questo tipo di intervento si deve sviluppare un lavoro protratto, che si svolge in silenzio, quasi nell'ombra, senza clamore, senza grandi successi, ma anche senza grandi insuccessi; un lavoro il cui oggetto è la relazione terapeutica. Quel che si vuol far capire è che ciò che viene

percepito come un deficit, un sintomo isolato, una mancanza è in realtà il punto d'arrivo di un percorso: non è detto che rappresenti l'essenza del disturbo. Flashman e Green (2004) precisano che nonostante il tremendo progresso nelle conoscenze realizzato nelle ultime decadi, “è diventato sempre più chiaro che non esiste nessun profilo patognomico della schizofrenia dal punto di vista neuropsicologico o strutturale neuroanatomico”.

Come accennato precedentemente, scopo della tesi è quello di impostare un lavoro di riflessione sulla clinica delle psicosi che va oltre l'ambito tradizionalmente riconosciuto alla dimensione clinica, interrogandosi sul rapporto tra psicopatologia e filosofia, sul tema della fenomenologia e sulla questione dell'intersoggettività. Una riflessione che guarda all'esperienza clinica, alle parole e ai dubbi dei pazienti dal punto di vista della prospettiva fenomenologica ed intersoggettiva. Ma allo stesso tempo, come mostrerò nel capitolo dedicato alla fenomenologia, questo vuole essere un atto d'accusa contro la psicopatologia, o meglio, quella psicopatologia che tende ad una ripetizione delle proprie asserzioni più o meno stanca, senza tenere in conto il fatto che nel frattempo il panorama è mutato. È mutato il panorama clinico, nel senso che i modi in cui la follia si manifesta sono andati in contro ad una metamorfosi, legata ad esempio ad un modello di assistenza che consente di entrare in contatto con pazienti vulnerabili ben prima che sviluppino sintomi psicotici. La psicopatologia

deve insomma raccogliere la sfida di una realtà clinica e concettuale in evoluzione e sapersi rinnovare.

Nello specifico, nonostante si concepiscano le psicosi come disturbo dell'intersoggettività, la psicopatologia ha continuato a studiarle facendo riferimento alle modificazioni di coscienza di un individuo *isolato dal suo contesto*. Non è sufficiente individuare difetti cognitivi all'esordio della psicosi; né individuare sintomi che sono astrazioni, privati di una storia e senza relazione con la persona. Il senso di realtà e di identità che fonda il nostro modo abituale di stare al mondo, e che è profondamente perturbato nelle psicosi, affonda le radici in qualcosa di più primariamente sociale.

La psicopatologia classica si è tuttavia arrestata al di qua del confine che separa lo studio della singola esperienza disincarnata dal suo sfondo sociale.

Per uscire da questo vicolo cieco è necessario recuperare *la dimensione della fenomenologia sociale mettendo al centro dell'attenzione il problema dell'intersoggettività*. Un'intersoggettività intesa come possibilità di attingere direttamente all'esperienza e alla vita emotiva altrui.

Per questo è necessario in primo luogo riabilitare il concetto di “senso comune” inteso come senso sociale e come intercorporeità (vedi capitolo dedicato alla fenomenologia).

Nel capitolo dedicato specificamente al problema dell'intersoggettività si farà riferimento a quella che viene definita una elaborazione della prospettiva intersoggettiva in psicoanalisi.

La teoria dell'intersoggettività è una teoria di campo o sistemica in quanto mira a comprendere i fenomeni psicologici non come prodotti da meccanismi intrapsichici isolati, ma come formati nell'incontro di soggettività in interazione. Non la mente isolata del soggetto, ma il sistema più ampio creato dall'interazione dei mondi soggettivi del paziente e dell'analista, o del bambino e di chi se ne prende cura, costituisce il campo d'indagine proprio della psicoanalisi. In questa prospettiva il concetto di mente o di psiche singola è un prodotto psicologico che si cristallizza all'interno di nessi relazionali intersoggettivi e che è al servizio di specifiche funzioni psicologiche.

La nozione di *intersoggettività* dimostra l'influenza che il mondo soggettivo dell'autore di una teoria psicologica esercita sulla comprensione delle esperienze altrui. Si può dire che la frase: "l'osservatore è l'osservato" colga molto bene il tema centrale della tesi. All'interno di questo contesto una prospettiva intersoggettiva può chiarire un vasto insieme di problemi clinici, che comprendono le reazioni terapeutiche negative e le messe in scena nella situazione psicoanalitica, l'azione terapeutica e le alleanze terapeutiche, i conflitti e le resistenze, lo sviluppo affettivo e la patogenesi, gli stati psicotici e borderline, concludendo che "il

contesto intersoggettivo ha un ruolo costitutivo in *tutte* le forme di psicopatologia”. Un campo intersoggettivo è un sistema di *influenza reciproca* (Beebe e Lachmann, 1988a); il paziente si rivolge all’analista alla ricerca di esperienze di oggetto-Sé, ma anche l’analista ricerca tali esperienze rivolgendosi al paziente; e lo stesso si può dire del sistema bambino-genitore. La prospettiva dell’intersoggettività è in sostanza un orientamento metodologico ed epistemologico generale che rende necessaria una revisione radicale di tutti gli aspetti del pensiero psicoanalitico. Nel capitolo dedicato alle basi intersoggettive della vita psichica l’intento è quello di ampliare il principio dell’intersoggettività per riconsiderare i pilastri della psicoanalisi: il concetto di inconscio, il rapporto tra mente e corpo, il concetto di trauma e l’interpretazione delle fantasie. Si prenderanno le mosse dalla critica di un’idea che per lungo tempo ha impedito di riconoscere i fondamenti intersoggettivi della vita psichica: il concetto della mente isolata del singolo individuo, ripercorrendo in modo critico le successive manifestazioni di questa idea nelle diverse teorie psicoanalitiche.

Capitolo I

Le basi intersoggettive della vita psichica

1.1 Intersoggettività e il mito della mente isolata:

Liberarsi dall'abbraccio soffocante del mito della mente isolata, vuol dire presentare una prospettiva alternativa che sottolinea i fondamenti intersoggettivi della vita psichica; vuol anche dire aprirsi alla possibilità di descrivere l'esperienza umana in modi radicalmente diversi. Il mito della mente isolata "attribuisce all'individuo un'esistenza separata dal mondo della natura fisica e dal mondo dei legami sociali". Tale mito, nega l'immaterialità dell'esperienza umana dipingendo la vita soggettiva in termini reificati*.

In questo contesto ci si propone di indagare i significati psicologici che sono alla base del mito della mente isolata, facendo particolare riferimento ad una "triplice alienazione" dell'uomo moderno (l'alienazione dalla natura, dalla vita sociale, dalla soggettività); tale triplice alienazione serve a misconoscere quelle aree di vulnerabilità dell'esistenza umana e che, al contrario, una loro consapevolezza potrebbe produrre un insostenibile senso di ansia e angoscia.

L'alienazione dalla natura: l'idea di una mente come entità introdotta all'interno della costituzione umana, implica una distinzione tra forme di

esistenza fisiche e mentali. Partendo dal presupposto che il mito della mente isolata attribuisce all'individuo un'esistenza separata dal mondo fisico, la summenzionata distinzione attenua la sensazione di essere interamente soggetti alle caratteristiche ed ai cicli dell'esistenza biologica, nutrendo l'illusione che esista una sfera interiore libera dai vincoli dell'esistenza e della mortalità. Questa rassicurante differenziazione dal mondo materiale può portare ad una esplicita reificazione del Sé, visto come una essenza immortale che trascende il ciclo della vita e della morte.

Per contro, un atteggiamento non alienato a tale distinzione, unita ad una consapevolezza di vulnerabilità e annichilimento fisico, comporterebbe un profondo senso di angoscia.

1.2 L'alienazione dalla vita sociale: l'idea della mente come entità isolata implica che la persona sia essenzialmente indipendente dai legami con gli altri. Questo "isolamento" fornisce uno specifico contesto intersoggettivo che rende intollerabile l'esperienza d'angoscia e rende necessario il misconoscimento della vulnerabilità nel mito della mente isolata. Questa angoscia associata alla solitudine è mitigata dalla tranquillante visione proposta da questo mito, secondo il quale l'isolamento personale è una caratteristica fondamentale e fondante della condizione umana, un destino comune a tutto il genere umano. Queste reificazioni creano dunque confortanti illusioni di autosufficienza ed autonomia e, in tal modo,

inducono a misconoscere l'invulnerabilità della struttura stessa della vita psicologica rispetto ad eventi interpersonali, intersoggettivi.

1.3 L'alienazione dalla soggettività: i misconoscimenti della vulnerabilità cristallizzati nel mito della mente isolata sono ottenuti tramite la reificazione delle diverse dimensioni della soggettività tali reificazioni (alienazione dalla natura, alienazione dalla vita sociale), assegnano all'esperienza delle proprietà attribuite alle cose sul piano della realtà materiale come, ad esempio, la localizzazione nello spazio, l'estensione, etc. Così la mente finisce per diventare una cosa tra le altre cose e vanno smarrite le proprietà della vita soggettiva stessa concepita secondo categorie valide per tutti gli oggetti tangibili del mondo fisico. La materialità che viene sperimentata si trasforma in un assoluto metafisico valido per tutti gli esseri viventi. A ciò si contrappone la "percezione soggettiva" che ci sia un mondo di realtà permanente e materiale separato dal Sé, una esperienza che è fondata ed alimentata da particolari campi intersoggettivi.

Nella psicoanalisi il prototipo delle varie versioni della dottrina della mente isolata si deve al suo fondatore, Freud. Secondo Freud l'apparato psichico è una macchina che incanala le energie pulsionali che provengono dall'interno dell'organismo. L'esperienza prende forma in base ai successi

ed ai fallimenti che caratterizzano l'opera di trasformazione delle energie pulsionali endogene svolta dalla mente. L'organizzazione dell'esperienza è il prodotto di forze interne, e l'isolamento della mente viene reificato nell'immagine di una macchina impersonale.

Una traccia del mito della mente che perdura nella psicologia del Sé si ritrova nell'idea che il Sé possiede un programma nucleare innato o progetto intrinseco (Kohut, 1984) che attende l'ambiente adatto per potersi dispiegare, un potenziale preesistente in cerca solo dell'occasione per potere attualizzarsi.

Questa prospettiva entra *relativamente* in contrasto con la concezione riportata in questa tesi, secondo la quale la traiettoria dell'esperienza del Sé è determinata, in ogni momento dello sviluppo dal sistema intersoggettivo in cui questa esperienza si verifica.

Quindi l'esperienza personale si sviluppa sempre all'interno di un sistema intersoggettivo in evoluzione. Sia lo sviluppo psicologico che la patogenesi sono studiati e definiti in riferimento agli specifici contesti intersoggettivi che plasmano il processo evolutivo e che facilitano (od ostacolano) il superamento da parte del bambino di compiti evolutivi. Una enorme quantità di ricerche documentano che lo sviluppo dell'organizzazione dell'esperienza del bambino va visto come una proprietà del sistema di regolazione reciproca tra madre e bambino.

Secondo Sanders è il sistema madre-bambino che regola ed organizza l'esperienza che il bambino ha dei propri stati interni. Molti autori concordano col fatto che questa *competenza sistemica* porta alla costituzione di quelli che definiamo “*principi ordinatori*” (od organizzatori), ovvero quei principi che permettono l'organizzazione inconscia delle esperienze successive del bambino. Una forma di inconscio denominato “*inconscio pre-riflessivo*”. Questi principi ordinatori creeranno le basi per la costruzione della personalità del bambino. Un individuo entra in ogni situazione con un insieme prestabilito di principi ordinatori, ma è il contesto a determinare a quale di questi principi verrà fatto ricorso per organizzare l'esperienza. Il termine *relativamente* che ho utilizzato qualche periodo fa, vuol fare riferimento proprio al fatto che l'organizzazione dell'esperienza è dunque determinata sia da principi pre-esistenti, sia da un contesto che, variando, favorisce l'uno o l'altro di questi principi.

È interessante notare come nel trattamento psicoanalitico, il cambiamento terapeutico non deriva dalla modificazione o dalla eliminazione dei principi ordinatori del paziente, ma piuttosto, grazie alle nuove esperienze relazionali con l'analista, il trattamento facilita la costruzione ed il consolidamento di altri e nuovi principi organizzatori alternativi ampliando il repertorio esperienziali del paziente.

1.4 Tre forme di inconscio nella prospettiva intersoggettiva:

In questo contesto applichiamo la prospettiva intersoggettiva ad un ad una pietra angolare del pensiero psicoanalitico: la nozione di “processo psichico inconscio”.

È possibile distinguere tre forme interconnesse di inconscio:

- a) inconscio *pre-riflessivo*: principi organizzatori che modellano e tematizzano le esperienze dell'individuo;
- b) inconscio *dinamico*: dato dalle esperienze a cui è stata negata espressione perché mettevano in pericolo legami indispensabili;
- c) inconscio *non convalidante*: esperienze che non hanno potuto essere espresse perché non hanno mai suscitato la necessaria risposta convalidante da parte dell'ambiente. Tutte e tre queste forme di inconscio derivano da specifici contesti formativi intersoggettivi.

Nello specifico, come abbiamo visto nel paragrafo precedente, l'inconscio *pre-riflessivo* si riferisce all'attività di quei principi organizzatori dell'esperienza che operano al di fuori della soglia di consapevolezza e che plasma interamente le strutture psichiche della persona, senza che questo processo diventi necessariamente consapevole o oggetto di riflessione da parte dello stesso soggetto.

Per quanto attiene all'inconscio *dinamico*, questo, in primo luogo, viene tradizionalmente inteso come un insieme di configurazioni (ricordi,

fantasie, sensazioni) che alla coscienza non è permesso di assumere poiché sono associate conflitti emozionali pericolosi per il soggetto.

Successivamente si è ipotizzato che tali configurazioni derivassero da una specifica area intersoggettiva che Stern (1985) chiama “interaffettività”, vale a dire la regolazione reciproca dell’esperienza affettiva all’interno del sistema evolutivo; in questa prospettiva, l’inconscio dinamico *non contiene derivati pulsionali rimossi, ma stati affettivi che sono stati esclusi dalla coscienza a scopo difensivo, perché non erano in grado di suscitare una risposta sintonizzata da parte dell’ambiente. Questa segregazione difensiva di stati affettivi basilari, il cui obiettivo è quello di evitare una nuova traumatizzazione, è la principale fonte della “resistenza al trattamento psicoanalitico” ed è anche il motivo per cui nei sogni questi stati compaiono in forma mascherata.* Dunque l’esperienza conscia del bambino si articola progressivamente grazie alla risposta convalidante dell’ambiente (sintonizzazione convalidante → riguarda la genesi del senso del reale nel bambino e proviene dall’ambiente di accudimento; è una sintonizzazione fornita attraverso tutta una gamma di esperienze positive e/o negative dotate di una intensa carica affettiva. In questo modo la realtà si definisce nell’incontro di soggettività interagenti ed affettivamente sintonizzate).

Da questa concezione della coscienza segue che le situazioni in cui viene a mancare la necessaria risposta convalidante possono dare origine a

due forme di inconscio strettamente collegate fra loro. Quando le esperienze del bambino non ricevono sistematicamente risposta o vengono respinte, egli si rende conto che certi aspetti della sua esperienza sono sgraditi o recano danno a chi li accudisce. Interi settori del mondo esperienziale del bambino devono allora essere sacrificati (rimossi) per salvaguardare il legame di cui egli ha assoluto bisogno. (questo è, come abbiamo visto l'origine dell'inconscio *dinamico*); ma anche altri aspetti dell'esperienza del bambino possono rimanere inconsci, non perché sono stati rimossi, ma semplicemente perché, in assenza di un contesto intersoggettivo convalidante, non hanno mai potuto esprimersi. Questo è ciò che chiamiamo "inconscio *non convalidante*".

In un lavoro precedente Storolow, Brandchaft e Atwood (1987) affermavano che un grave fallimento evolutivo nella funzione di convalida della percezione va considerato un importante fattore di predisposizione agli stati psicotici.

1.5 Le tre forme di inconscio nella terapia psicoanalitica:

All'interno della terapia psicoanalitica ciascuno dei tre ambiti dell'inconscio richiede una diversa modalità di azione terapeutica. La psicoanalisi è, prima d'ogni altra cosa, un metodo per conoscere l'inconscio *pre-riflessivo* e raggiunge questo scopo indagando i modi in cui il paziente inconsciamente e ricorsivamente modella la propria esperienza

della relazione psicoanalitica secondo significati preformati che risalgono a fasi precedenti dello sviluppo.

La trasformazione dell'inconscio *dinamico* si ottiene attraverso l'analisi della resistenza, con la quale, indagando le aspettative e i timori del paziente così come emergono dal transfert, si cerca di individuare quegli stati affettivi basilari e quei desideri evolutivi che il paziente non vuole svelare perché teme che ricevano la stessa risposta difettosa e traumatizzante che avevano ricevuto nell'ambiente infantile.

L'indagine psicoanalitica dell'inconscio *non convalidato* risulta particolarmente importante con i pazienti che hanno sofferto di gravi deragliamenti evolutivi nell'articolazione dell'esperienza percettiva e affettiva. Nelle prime fasi dello sviluppo di questi pazienti, vaste aree della loro esperienza non sono riuscite a suscitare una sintonizzazione convalidante da parte dell'ambiente e di conseguenza le loro percezioni rimangono scarsamente definite, precarie. In casi simili l'indagine è svolta dall'analista e la sua sintonizzazione con le esperienze interne del paziente, sempre condotte ponendosi nella prospettiva di quest'ultimo, servono ad articolare e a consolidare la realtà soggettiva del paziente stesso, dando una forma definitiva alla sua esperienza, portandola a livelli di organizzazione più elevati e rafforzando in lui la fiducia nella validità di tale esperienza.

1.6 Trauma e patogenesi:

Fin dai primi studi freudiani sulle origini dell'isteria (1892-95), il concetto di trauma è sempre stato un pilastro del pensiero psicoanalitico. Freud cominciò ad attribuire al trauma un ruolo centrale nella patogenesi.

Tuttavia la sua concezione del trauma prese da allora in poi una china fatale che lo condusse ad interpretare il trauma non più come il risultato di eventi esterni ma come il prodotto di forze interne. A mano a mano che si evolveva la teoria freudiana, la concezione del trauma venne progressivamente ricondotta all'interno di un rigido determinismo intrapsichico (Storolow e Atwood 1979), culminante nell'immagine reificata di un apparato psichico isolato e vacillante, incapace di elaborare la piena delle energie pulsionali provenienti dalle sue stesse profondità.

Questa concezione del trauma psichico, basata sull'idea che la mente sia una entità isolata consistente in apparato di trasformazione dell'energia che può subire un sovraccarico di eccitazione di origine pulsionali, si è mantenuta nella psicologia dell'Io (Kris 1956). Riteniamo che l'intollerabilità di uno stato affettivo non può essere spiegata unicamente, e neppure principalmente, *in base alla quantità o all'intensità del dolore provocato dall'evento traumatico.*

Dal punto di vista evolutivo, gli stati affettivi traumatici devono essere interpretati riferendosi al sistema relazione in cui si formano. La tesi centrale di questo capitolo è che i traumi che avvengono nelle prime fasi

dello sviluppo traggono origine *da un contesto formativo intersoggettivo la cui caratteristica principale è il fallimento della sintonizzazione affettiva, cioè il venir meno del sistema di regolazione reciproca madre-bambino*, un fallimento che determina nel bambino la perdita della capacità di regolazione affettiva e di conseguenza uno stato di disorganizzazione e di disintegrazione insostenibile ed opprimente (Socarides, Storolow 1984–1985; Storolow, Branchaft e Atwood 1987). A nostro giudizio uno stato affettivo di dolore o di paura diventa traumatico quando risulta assente la risposta sintonizzata che deve aiutare il bambino esercitando una funzione di tolleranza, contenimento, modulazione e alleviamento. Il contesto relazione del trauma era già stato individuato da Balint (1969), il quale aveva postulato tre fasi che concorrono al suo verificarsi nell'età infantile.

Nella prima fase un bambino intrattiene un rapporto di fiducia con un adulto.

Nella seconda fase l'adulto, sovrastimolando il bambino o trascurandolo o respingendolo, si rivela inaffidabile.

Nella terza e decisiva fase il bambino tenta di “ottenere comprensione, riconoscimento e conforto” dall'adulto che ha provocato la crisi. Ma l'adulto rifiuta di prendere atto del turbamento, nega l'eccitamento la ripulsa, spesso rimprovera il bambino e ne respinge i tentativi di ottenere un ricongiungimento che ristabilisca la fiducia.

Secondo Storolow i genitori che ripetutamente respingono o restano indifferenti di fronte ai bisogni primari di un oggetto-Sé generalmente non sono in grado di fornire risposte sintonizzate alle reazioni dolorose del bambino. Il bambino conclude allora che i propri sentimenti di dolore sono sgraditi o recano danno a chi si prende cura di lui, e perciò devono essere segregati a scopo difensivo, in modo da salvaguardare il legame di cui ha bisogno. In tal modo questi sentimenti dolorosi rimossi diventano una fonte di conflitto interno permanente e di vulnerabilità agli stati traumatici, e in analisi il paziente cerca strenuamente di evitare che riaffiorino e vengano notati dall'analista. Non sarà mai abbastanza sottolineato che, di per sé stesse, le esperienze dolorose infantili (come ad esempio le perdite) non sono necessariamente traumatiche (almeno non in modo permanente) o patogene, purché si verifichino in un ambiente sensibile e ricettivo (Shane e Shane 1990). Il dolore e la patologia sono due cose diverse. È l'assenza di risposte adeguatamente sintonizzate alle reazioni dolorose del bambino che rende tali reazioni insopportabili e le trasforma in una sorgente di stati traumatici e di psicopatologia. In mancanza di un contesto intersoggettivo che ne integri, contenga e modula gli affetti, il bambino traumatizzato deve dissociare l'affetto doloroso dalla propria esperienza corrente, e ciò determina stati psicosomatici o scissioni tra i vissuti della mente e del corpo, oppure fa sì che il bambino si ritiri dietro uno scudo o in un bozzolo protettivo (Modell 1976) per proteggersi dai danni che potrebbero

derivargli dall'attaccamento agli altri. Anche se è in grado di ricordare le esperienze traumatiche, il bambino può continuare ad essere perseguitato da dubbi tormentosi circa la loro realtà, o persino circa la realtà della propria esperienza in generale, una conseguenza inevitabile dell'assenza di sintonizzazione convalidante, che costituisce, secondo noi (Atwood e Storolow) l'essenza del trauma psichico. Il bambino traumatizzato non riesce a sviluppare capacità di tollerare gli affetti e di servirsene per ottenere informazioni. Un bambino di questo tipo può sviluppare un "orientamento apocalittico", vale a dire un profondo pessimismo spesso accompagnato da timori cronici e da uno stile di vita depressivo (Krystal 1988) il costituirsi di questi principi organizzatori, serve a mantenere il legame con il genitore ed a proteggersi contro la ri-traumatizzazione. Una volta formati, questi principi, che generalmente operano in modo inconscio, rendono l'individuo estremamente sensibile ad ogni esperienza che si presti ad essere interpretata come una ripetizione o come un annuncio di ripetizione del trauma originario e che per ciò richieda l'attivazione di difese (Ornstein 1974). Nel corso della vita la ri-traumatizzazione si verifica quando si ha una replica particolarmente fedele del trauma originario, una conferma dei principi organizzatori formati in seguito al trauma originario, oppure la perdita o la crisi di un legame di sostegno che aveva fornito un modo alternativo di organizzare l'esperienza, scomparso il quale i vecchi principi invarianti tornano alla ribalta. Noi

riteniamo che l'elemento cruciale che permette di spiegare in modo soddisfacente l'effetto terapeutico dell'analisi delle crisi che si verificano tra paziente e analista vada ricercato vada ricercato nell'assente o inadeguata sintonizzazione affettiva che caratterizza la storia del paziente.

Nel condurre questa indagine, l'analista, ponendosi nella prospettiva soggettiva del paziente, indaga e interpreta i vari elementi che hanno portato alla rottura: le caratteristiche e i comportamenti dell'analista che hanno causato la crisi, principi che hanno organizzato i significati di questa crisi, il trauma originario di cui la presente crisi è la replica e, cosa particolarmente importante, la risposta che il paziente si aspetta di ricevere dopo aver dato espressione ai sentimenti dolorosi conseguenti alla crisi.

A nostro giudizio, il significato transferale di questa attività di indagine e di interpretazione ne assicura essenzialmente la validità terapeutica, perché configura l'analista nel transfert come il genitore desiderato, ricettivo e comprensivo che, grazie alla sua capacità di rispondere in modo sintonizzato, è in grado di contenere e quindi alla fine di alleviare la reazione dolorosa indotta dall'esperienza della ripetizione di un antico fallimento evolutivo. In questo modo la relazione psicoanalitica si ricompone e si amplia, e i desideri evolutivi primari possono emergere liberamente a mano a mano che il paziente si convince che le proprie reazioni affettive alle esperienze di rifiuto e di delusione saranno recepite, comprese e contenute dall'analista. Contemporaneamente si attiva un

processo evolutivo grazie al quale gli stati reattivi dolorosi precedentemente tenuti segregati, vengono gradualmente integrati e trasformati e la capacità di tolleranza affettiva del paziente progressivamente si rafforza. L'intensità affettiva della relazione psicoanalitica, riattivando nel transfert desideri evolutivi frustrati e dolorose vulnerabilità affettive, rappresenta un terreno fertile per potenziali ritraumatizzazioni. La paura della ri-traumatizzazione può essere provocata anche soltanto dalla presenza fisica dell'analista o dal suo benevolo interessamento per le esperienze vissute dal paziente, che evoca lo spettro dello smascheramento umiliante della vergogna. Questo terrore di essere smascherati, che, per quanto l'analista pensi di essere "empatico" e comprensivo, può sempre comparire nel processo psicoanalitico. Il bisogno del paziente di autoescludersi e di proteggersi dalla propria affettività, dal proprio desiderio di legame con l'analista e dalle sue interpretazioni, è sempre provocato dalla percezione di caratteristiche o comportamenti dell'analista che si prestano alle paure o alle anticipazioni di una ripetizione dei traumi infantili. Per poter analizzare la resistenza, è essenziale che l'analista riconosca questo fatto e ne faccia oggetto di indagine e di interpretazione.

1.7 La formazione delle fantasie:

Freud (1899) usò il termine *fantasia* per riferirsi alle chimere, alle fantasticherie ad occhi aperti, conscie ed inconscie e ne notò la somiglianza con i sogni. Le fantasie, come i sogni, traducono in immagini percettive concrete le configurazioni dell'esperienza. Le fantasie possono essere poste al servizio dell'intera gamma di funzioni psicologiche che si incontrano nel lavoro clinico psicoanalitico, dall'appagamento del desiderio alla difesa, all'autopunizione e così via. In questo contesto viene messo in risalto la specifica funzione svolta dalla fantasia all'interno di situazioni intersoggettive in cui esperienze affettive intense non riescono a suscitare adeguate risposte convalidanti da parte dell'ambiente.

Queste fantasie, come ad esempio quelle grandiose o esibizionistiche, vengono considerate come costruzioni reattive che hanno origine in situazioni in cui le esperienze affettive primarie del bambino: eccitamento, espansività, orgoglio, efficacia e autocompiacimento, non riescono a suscitare le necessarie risposte convalidanti da parte dei genitori. Le immagini concrete della fantasia grandiosa affermano l'esperienza affettiva non convalidata raffigurando ciò che il bambino sente di dover essere per ottenere quelle risposte. Altre fantasie che possono sorgere in seguito all'esperienza dell'invalidazione comportano il raffigurarsi l'Altro invalidante come se fosse collocato all'interno della propria mente. Queste fantasie, che i teorici delle relazioni oggettuali hanno chiamato “oggetti

interni” o “*introiettivi*”, concretizzano il processo mediante il quale le aree di invalidità del mondo soggettivo del bambino sono occupate da altre persone effettivamente significative. Sebbene immaginarsi di avere un oggetto invalidante ella propria mente possa anche avere la funzione di fornire un’illusione di padronanza o di controllo sul suo potere usurpatore (Fairbairn, 1943), il significato primario di queste fantasie sta nel fatto che esse rappresentano l’incapacità del bambino di conservare l’integrità della propria di fronte alla pressione insostenibile che proviene dall’Altro invalidante. Talora si fa una distinzione tra oggetti interni “positivi” e oggetti interni “negativi”, indicando con i primi le immagini dotate di caratteristiche benigne, idealizzate, e con i secondi le immagini che mettono in risalto aspetti critici, sadici o comunque distruttivi. Si è anche affermato che il possesso di uno o più oggetti interni positivi o “buoni” è un criterio di sanità psichica (Klein 1940). Ma è lecito chiedersi se i cosiddetti “oggetti interni positivi” non esemplifichino anch’essi il processo attraverso il quale le aree di invalidità dell’esperienza di una persona vengono occupate dalle percezioni e dai giudizi degli altri. Questa occupazione può mettere in rilievo gli aspetti positivi dell’oggetto, ma resta comunque una usurpazione della soggettività del bambino, il quale sente la necessità di affermare e incorporare queste qualità per preservare l’indispensabile legame con l’oggetto. Esistono tuttavia dei casi in cui la fantasia di possedere un oggetto buono dentro la propria mente non

concretizza un'invalidazione, bensì esprime il tentativo di rafforzare la propria malferma capacità di auto-convalida. Anche qui si ha una sostituzione, ma la porzione della realtà psichica dell'Altro che penetra nell'esperienza del bambino ha soprattutto la funzione di fornire un'empatia convalidante. Tali fantasie si osservano spesso nel corso della terapia psicoanalitica. Quando il paziente vive il passaggio dall'affidarsi al legame con l'analista per avere comprensione e convalida, all'inizio di una autonomia nel fornirsi da sé tali funzioni. Le fantasie, o sogni ad occhi aperti, come qualsiasi altro contenuto di esperienza, possono essere rimosse nel caso in cui esse, o gli stati affettivi di cui sono concretizzazioni, vengano percepiti come un pericolo per il legame di cui si ha bisogno per la propria sopravvivenza psicologica. Arlow (1969), dopo aver affermato che <<il termine "fantasia" è usato nel senso di sogno ad occhi aperti>>, descrive il ruolo percettivo di quella che definisce "fantasia inconscia": l'attività della fantasia inconscia fornisce lo "scenario mentale" in cui gli stimoli sensoriali vengono percepiti e integrati. Sotto la pressione (delle fantasie inconscie) l'Io è orientato ad esaminare i dati della percezione ed a selezionare quegli elementi che mostrano una qualche consonanza con le fantasie latenti, preformate. L'attività della fantasia inconscia fornisce lo scenario mentale in cui i dati della percezione vengono organizzati, valutati ed interpretati. Come afferma Slap (1987), queste formulazioni non descrivono delle fantasie rimosse, ma l'operare di *schemi* inconsci

evolutive preformati. Cioè di strutture psichiche in base alle quali il soggetto assimila le proprie esperienze. L'espressione "fantasia inconscia" è perciò usata in modo impreciso per riferirsi ai principi organizzatori inconsci che costituiscono l'area dell'inconscio, chiamata precedentemente "inconscio pre-riflessivo". Questi principi ordinatori inconsci, che si sono formati all'interno della matrice intersoggettiva del sistema bambino-genitore, stanno alla base sia degli scenari mentali che organizzano la percezione, sia, nel caso in cui vengano concretizzati, di fenomeni come i sintomi, le messe in scena nella situazione psicoanalitica, i sogni e le fantasie.

1.8 L'alleanza terapeutica:

In *Analisi terminabile e interminabile* (1937) Freud esprime la sua preoccupazione per le severe limitazioni imposte dalle *resistenze* all'efficacia terapeutica della psicoanalisi. Egli elenca numerosi fattori, tutti intrapsichici. Se le sue conclusioni dovessero essere accettate come definitive, gli psicoanalisti si troverebbero a dover scegliere tra un procedimento psicoanalitico con un ambito assai limitato e la necessità di modificare in modo sostanziale i principi e le tecniche di base nella speranza di migliorare l'efficacia terapeutica. Così il concetto di *alleanza terapeutica*, negli anni cinquanta, divenne oggetto di grande interesse.

Guardando al passato, emerge con chiarezza che negli Stati Uniti l'interesse per l'alleanza terapeutica, una particolare relazione oggettuale tra paziente e analista (Sterba, 1934; Bibring, 1937; Fenichel, 1941; Greenson, 1954; Zetzel, 1956; Stone, 1961), fu stimolato dallo sviluppo della psicologia dell'Io e corrispose alla rapida crescita di interesse, in Inghilterra, per il più ampio tema delle relazioni oggettuali, come risulta dall'opera di Melanie Klein, Winnicott, Balint e Fairbairn. Entrambi questi orientamenti presero le mosse dalla constatazione che le interruzioni del processo terapeutico derivano da crisi all'interno della coppia psicoanalitica, e fu quindi a queste tematiche che gli analisti rivolsero la loro attenzione con l'obiettivo di estendere l'applicabilità della psicoanalisi.

Spiegando la resistenza come derivante da conflitti di origine unicamente intrapsichica, la teoria della psicologia dell'Io richiedeva che il paziente si identificasse con la visione dell'analista di per sé stesso essenzialmente neutrale rispetto ai conflitti del paziente, con una funzione di schermo vuoto sul quale questi conflitti vengono proiettati. Pertanto il transfert deve essere considerato come il risultato degli spostamenti e delle distorsioni del paziente, tranne nel caso in cui venga influenzato da quelle intrusioni controtransferali che l'analista è riuscito ad individuare. Le resistenze croniche ed intrattabili sono considerate segni di reazione terapeutica negativa o di non-analizzabilità e vengono attribuite a debolezza dell'Io o a un bisogno masochistico di fallire. Per la più

importante scuola inglese delle relazioni oggettuali, quella di Melanie Klein, invece, l'alleanza terapeutica faceva parte del transfert, a sua volta considerato una particolare relazione oggettuale.

La Klein, a differenza degli psicologi dell'Io, riteneva che il funzionamento dell'Io fosse sempre determinato dalle sue relazioni con gli oggetti esterni ed interni. I legami arcaici tra l'Io e gli oggetti, si instaurano fin dalla nascita, per cui esaminando la storia delle complesse relazioni tra l'Io e gli oggetti è possibile ricostruire lo sviluppo dell'individuo. Dunque per la Klein si amplia automaticamente lo spettro di applicabilità della psicoanalisi. La forza costituzionale o l'adattabilità dell'Io non sono più considerate requisiti indispensabili per l'analisi e pertanto, in linea di principio, anche i bambini e gli psicotici sono analizzabili. Questo rimase un punto di dissenso tra le due scuole.

Abbiamo scelto di discutere i concetti e le procedure di queste due scuole non solo perché si tratta di due posizioni dominanti che continuano ad influenzare il pensiero psicoanalitico, ma anche perché il loro modo di concepire il legame terapeutico illustra un assunto filosofico più o meno indiscusso che fin dai primordi ha permeato il pensiero psicoanalitico, vale a dire l'esistenza di una "realtà oggettiva" nota all'analista e distorta dal paziente (Atwood e Storolow, 1984; Storolow, Brandchaft e Atwood, 1987). Questo assunto è alla base della concezione tradizionale del

transfert, con la dicotomia tra l'esperienza dell'analista da parte del paziente (distorta) e l'esperienza di sé stesso da parte dell'analista (reale).

Ciò che qui ci interessa sono le gravi conseguenze della sua applicazione alla clinica, non ancora sufficientemente riconosciute. In accordo con Schwaber (1983), noi sosteniamo che l'unica realtà che attiene e che è accessibile all'indagine psicoanalitica (cioè all'empatia e alla introspezione) è la *realtà soggettiva*: del paziente, dell'analista e del campo psicologico creato dalla loro interazione. Il convincimento che la nostra realtà personale è oggettiva è un esempio del processo psicologico di concretizzazione che consiste nella trasformazione simbolica di *configurazioni dell'esperienza soggettiva* in eventi ed entità considerati *oggettivamente* percepiti e conosciuti (Atwood e Storolow, 1984). In altre parole, le attribuzioni di realtà oggettiva sono concretizzazioni di una verità soggettiva. Osservando questo processo in noi stessi e negli altri, ci siamo potuti rendere conto che esso opera automaticamente ed in modo pre-riflessivo. L'adesione alla realtà oggettiva ed al connesso concetto di distorsione ha condotto entrambe le scuole a concepire la patologia in termini di processi e meccanismi situati unicamente all'interno del paziente. Ciò impedisce al clinico di riconoscere l'influenza dell'osservatore sull'osservato come un fattore intrinseco e onnipresente della situazione psicoanalitica e oscura le dinamiche profonde attraverso le quali l'analista stesso e le sue teorie sono coinvolti nei fenomeni che egli

osserva e cerca di curare. Invitare il paziente ad identificarsi con le concezioni dell'analista come condizione per l'instaurarsi di una alleanza terapeutica equivale ad invitarlo a guarire attraverso la sottomissione.

Altrimenti sembra che debbano sorgere delle resistenze. Ma l'indagine dell'esperienza del paziente può rivelare un importante tentativo di differenziazione del Sé, un tentativo di proteggere un centro indipendente di percezione e di affettività. Quando il paziente reagisce in modo ostile alle spiegazioni dell'analista, l'idea che queste reazioni distruttive nascano da cause puramente intrapsichiche e che debbano essere spiegate con i medesimi concetti che le stanno provocando, prepara il terreno per quelle disgiunzioni croniche che sono state definite “resistenze transferali negative” o “reazioni terapeutiche negative” (Brandchaft, 1983; Atwood e Storolow, 1984). Quando gli analisti invocano il concetto di realtà oggettiva a quello connesso di distorsione, questo rende difficile l'esplorazione della realtà soggettiva codificata nelle comunicazioni del paziente, una realtà il cui chiarimento è l'obiettivo per eccellenza del metodo psicoanalitico. Dalla nostra prospettiva intersoggettiva, qual è l'essenza di una alleanza terapeutica? Sicuramente non il legame basato sull'impegno del paziente ad identificarsi con gli insight dell'analista. A fondamento di una alleanza terapeutica sta l'impegno dell'analista a tentare di comprendere il significato delle espressioni e degli stati affettivi del paziente, ponendosi sempre in una prospettiva che sia *interna* e non esterna

alla soggettività del paziente (Kohut, 1959). A questo atteggiamento abbiamo dato il nome di “*indagine empatica continuativa*”. Impegnandosi ad indagare in modo empatico queste esperienze di crisi e a considerarle dal punto di vista soggettivo del paziente, in modo che l’osservatore risulti parte integrante dell’esperienza, l’analista può ogni volta ricostruire il legame terapeutico. Così diventa possibile accedere alle modalità secondo le quali il paziente sta organizzando la propria esistenza dell’analista ed ai significati che tale esperienza è venuta ad assumere, spalancando una finestra dalla quale si può gettare uno sguardo nuovo nell’area della discrepanza e del conflitto, un’area in cui sono custoditi i segreti ed i desideri più intimi e gli avvenimenti più personali. È da questo spazio che può prendere avvio un “nuovo inizio”. I due partecipanti all’alleanza terapeutica sono accomunati dall’obiettivo di far sì che l’universo soggettivo del paziente progressivamente si dispieghi, si chiarisca e si trasformi. Una volta che l’analista ed il paziente sono liberi dalla necessità di giustificare le proprie rispettive realtà, il processo di autoriflessione risulta stimolato ed incoraggiato da entrambi. Non sarà mai abbastanza sottolineato che l’accettazione da parte dell’analista della validità della realtà percettiva del paziente è di importanza inestimabile per il costituirsi dell’alleanza terapeutica. Quando l’analista insiste nell’affermare che la percezione del paziente è un fenomeno secondario distorto da forze primarie di altro genere, ciò, più di ogni altro fattore singolarmente preso, provoca

quegli avvistamenti conflittuali del transfert e del controtransfert comunemente descritti come resistenze o transfert negativi, che si possono più correttamente definire crisi o “impasse” nella quali ciascuno dei partecipanti a quella che un tempo era l'alleanza terapeutica persegue il disperato tentativo di salvaguardare la propria organizzazione dell'esperienza dalla minaccia posta dall'altro. L'atteggiamento di indagine empatica continuativa rafforza l'alleanza terapeutica ampliando l'area della sicurezza e dell'armonia all'interno del campo intersoggettivo.

Ulteriore obiettivo dell'alleanza terapeutica è la trasformazione dell'esperienza soggettiva. Come esempio si considerino le difficoltà che regolarmente si incontrano con quei pazienti che, a causa delle gravi deprivazioni subite nel corso dello sviluppo, sono predisposti a stati di intensa sfiducia, a reazioni affettive violente o ad un ostinato atteggiamento di difesa. In questi pazienti è possibile riconoscere l'esistenza di principi organizzatori inconsci ed invarianti ai quali tutta l'esperienza tende ad essere ricondotta. Fin dai primi anni di vita si è formato in loro il fermo convincimento che nulla di buono potrà venire dal rapporto con un'altra persona, che nessuno potrà mai prendersi cura di loro, che il loro destino è di vivere e morire in solitudine e che ogni speranza di costituirsi una vita che corrisponda alle loro aspirazioni sia una mera illusione ed un modo per attirare su di sé dei disastri. Ogni esperienza di delusione o di limitazione tende a confermare l'uno o l'altro di questi principi e a tali esperienze viene

attribuito un significato generale e permanente, anziché circoscritto e temporaneo. Di conseguenza esse conducono inesorabilmente alla rassegnazione e all'autoesclusione o a reazioni affettive violente. *Solo la sistematica elaborazione dei principi organizzatori invariante evolutivamente determinati può produrre quel cambiamento strutturale che era nei voti dei pionieri della nostra disciplina.* Riassumendo, in quest'ultimo paragrafo, è stata esposta una critica del concetto di alleanza terapeutica implicito sia nella psicologia dell'Io sia nella psicoanalisi kleiniana. In particolare è stata contestata l'idea che l'alleanza terapeutica richieda che il paziente si identifichi non solo con l'atteggiamento di indagine empatica dell'analista, ma anche con i suoi presupposti teorici. Si ritiene che una alleanza di questo tipo sia di fatto una forma di accondiscendenza transferale, che il paziente può considerare necessaria per salvaguardare il legame terapeutico in cui ha riposto tutte le sue speranze. A questa "pseudo-alleanza" abbiamo contrapposto una alleanza terapeutica che si costituisce grazie all'indagine empatica continuativa del mondo soggettivo del paziente. Quest'ultima forma di alleanza, all'interno della quale viene riconosciuta la validità percettiva dell'esperienza transferale del paziente, promuove la delucidazione e la trasformazione dei principi invariante che organizzano a livello inconscio la vita interiore del paziente. Sappiamo bene che tutti gli analisti, a qualunque scuola appartengano, si accostano ai pazienti con idee preconcepite, e che ogni

modello teorico, compreso il nostro, può essere percepito dai pazienti come qualcosa con cui devono per forza di cosa identificarsi. Ma si vuole sottolineare che l'impegno ad indagare, dalla prospettiva della realtà soggettiva del paziente, l'impatto dell'analista, della sua attività interpretativa dei suoi presupposti teorici, quali che siano, è decisivo per il costituirsi di un contesto terapeutico in cui i principi organizzatori inconsci del paziente possono emergere con la massima chiarezza e possano di conseguenza risultare accessibili alla trasformazione terapeutica.

1.9 Le situazioni di impasse:

La tesi sostenuta in questo paragrafo è che le impasse terapeutiche, se analizzate dal punto di vista dei principi che organizzano a livello inconscio le esperienze del paziente e del terapeuta, rappresentano un'occasione unica, una "via-regia" per raggiungere l'obiettivo della comprensione psicoanalitica. La continua interazione tra i mondi psicologici del paziente e del terapeuta dà luogo a due situazioni di basi: la *coniunzione intersoggettiva* e la *disgiunzione intersoggettiva*. La prima è illustrata da quei casi in cui i principi che strutturano le esperienze del paziente danno origine ad un materiale che il terapeuta assimila secondo configurazioni fondamentali della propria vita psicologica analoghe a quelle del paziente.

Viceversa, la disgiunzione si verifica quando il terapeuta assimila il materiale espresso dal paziente sulla base di configurazioni che alterano in

modo rilevante il significato che esso riveste per il paziente. Le ripetute congiunzione e disgiunzioni intersoggettive sono un inevitabile accompagnamento del processo terapeutico e riflettono le interazioni di mondi soggettivi diversamente organizzati. Queste situazioni intersoggettive possono favorire o bloccare il progresso della terapia a seconda che il terapeuta si dimostri più o meno capace di diventare riflessivamente consapevole dei principi organizzatori del proprio mondo soggettivo. Questa autoconsapevolezza riflessiva è solidamente presente, le corrispondenze o le disparità tra i mondo soggettivi del paziente e del terapeuta possono essere utilizzate per promuovere la comprensione empatica e l'insight. Ad esempio, nel caso in cui si sia individuata una congiunzione intersoggettiva, la conoscenza di sé da parte del terapeuta, mettendolo in grado di scoprire nella propria vita esperienze analoghe a quelle che gli vengono presentate dal paziente, risulta una preziosissima fonte aggiuntiva di informazioni su probabili significati sottesi alle espressioni del paziente. E a loro volta le disgiunzioni, se riconosciute, possono contribuire agli sforzi di comprensione dell'analista, giacché le sue reazioni affettive possono fungere da potenziali indici intersoggettivi delle configurazioni che strutturano le esperienze del paziente. In assenza di autoconsapevolezza riflessiva da parte dell'analista, queste congiunzioni e disgiunzioni possono seriamente ostacolare il progresso della terapia. Ad esempio, una congiunzione intersoggettiva può ostacolare il trattamento se

le esperienze del paziente corrispondono così da vicino a quelle del terapeuta da non essere riconosciute come elementi contenente materiale significativo da analizzare e da interpretare. Le descrizioni della vita del paziente che si accordano con la visione del mondo del terapeuta tenderanno perciò ad essere considerate riflessi della realtà oggettiva anziché manifestazioni della personalità del paziente.

Il caso di Peter: Peter deplorava spesso la meccanizzazione e la spersonalizzazione della vita americana e vagheggiava di vivere in una comunità utopica all'interno della quale la sua esistenza avrebbe avuto valore e significato. Il terapeuta che condivideva questa visione negativa di questa società, non rispose mai in modo psicoanalitico a queste prese di posizione e a questi desideri, poiché gli sembravano puri indizi di un buon giudizio di realtà sulle condizioni della vita moderna. La possibilità di portare alla luce i significati e le origini di questo materiale, che comportava anche delle conseguenze per il transfert, fu pertanto bloccata da una inconsapevole e tacita alleanza intesa a limitare il processo autoconoscitivo del paziente, nonché del terapeuta stesso, minando così un eventuale prolungamento della terapia.

1.10 Le reazioni terapeutiche negative:

Particolarmente dannose sono le interferenze originate da disgiunzioni intersoggettive protratte nel tempo e non riconosciute dall'analista. Queste disgiunzioni persistenti, in cui l'empatia viene cronicamente sostituita dall'incomprensione, danno origine a quelle che gli analisti hanno eufemisticamente denominato "reazioni terapeutiche negative". Il concetto di reazione terapeutica negativa è stato creato dagli analisti per spiegare quelle inquietanti situazioni in cui interpretazioni che si suppongono corrette, in realtà peggiorano anziché migliorare lo stato del paziente. Per contro, secondo la nostra tesi, le cronicizzazioni ed i peggioramenti delle patologie la cui gravità giustifichi la definizione di reazioni terapeutiche negative sono nella maggior parte dei casi determinati da prolungate e non riconosciute disgiunzioni intersoggettive nelle quali i bisogni affettivi del paziente sono costantemente fraintesi e di conseguenza sistematicamente respinti dal terapeuta. Quando il paziente fa rivivere un desiderio di questo tipo all'interno della relazione terapeutica e il terapeuta ripetutamente interpreta questa necessità evolutiva come se fosse semplicemente una resistenza patologica, il paziente percepisce le interpretazioni a rate come grossolani fallimenti di sintonizzazione.

Di conseguenza, al paziente vengono ripetutamente inflitti dei traumi la cui influenza è analoga a quella degli eventi patogeni della sua infanzia (Kohut, 1971; Storolow e Lachmann, 1980).

Capitolo II

Psicopatologia del senso comune: Fenomenologia a confronto

2.1 Fenomenologia:

L'obiettivo principale di questi studi è stabilire un dialogo reciproco e coerente tra psicopatologia e filosofia. In questi contesti è comune convinzione che la psicopatologia, in quanto scienza del comprendere, non possa prescindere dal sapere filosofico, cioè da quel *corpus* di analisi delle aporie indigene alla *conditio humana* che si è andato strutturando in secoli di pensiero umano. Le varie forme della follia incarnano queste aporie.

Comprendere queste aporie e renderle comprensibili a coloro che in esse si dibattono, equivale a curarle. La filosofia è, in tal caso, il fondamento della terapeutica dell'anima. L'auspicio è che la psichiatria sappia diventare filosofia applicata. D'altra parte, la filosofia in quanto ricerca sui modi in cui l'Uomo conosce e dà senso alla propria esistenza, non può prescindere dalla psicopatologia, cioè dalla conoscenza dei modi concreti in cui gli uomini si smarriscono lungo il loro percorso di ricerca del senso e della conoscenza. L'esperienza della follia rivela le anomalie normalmente celate nell'esperienza quotidiana; la psicopatologia e la filosofia insieme rintracciano il senso di queste anomalie quando esse si

manifestano palesemente lungo i percorsi dell'esistenza umana. La filosofia e la psicopatologia sono principalmente *fenomenologiche*. La fenomenologia, rispetto ad altri approcci, presenta una serie di vantaggi. Il primo ed irrinunciabile vantaggio è che l'approccio fenomenologico si caratterizza principalmente per la sua "non dogmaticità": la fenomenologia non è una tecnica. È piuttosto un metodo che i propone di "far parlare le cose stesse". Il secondo vantaggio è che, fin dai loro inizi, la fenomenologia filosofica e la psicopatologia fenomenologica hanno condiviso la stessa indagine: l'esplorazione della soggettività umana. La fenomenologia filosofica assume come proprio strumento di esplorazione della soggettività il metodo della *epochè*, ovvero il "mettere tra parentesi" l'atteggiamento e le credenze di senso comune per mezzo delle quali ciascuno di noi si trova immerso nel proprio mondo. Mettendo tra parentesi questo atteggiamento, che ci trova immersi in un mondo a noi familiare, neutralizziamo quel sistema credenze, giudizi e abitudini che regola il nostro abituale modo di comprendere le cose e le nostre condotte quotidiane. Ciò apre la strada alla comprensione dell'alterità. Le persone schizofreniche incarnano gli effetti della radicale e perdurante pratica dell'*epochè*, la sospensione dell'atteggiamento di senso comune; le psicosi in generale sono analizzabili come gli effetti di una alterazione della dialettica del senso comune. Questa consanguineità tra l'esperienza della follia ed il metodo della fenomenologia filosofica è, forse, la ragione più

profonda della spontanea affinità tra quest'ultima e la psicopatologia fenomenologica.

2.2 Il “*logos*” della fenomenologia:

La comprensione dell'esperienza altrui, dell'altrui soggettività, è *fondata* sull'empatia e sulla capacità di comporre insieme all'altro una rappresentazione condivisa della sua esperienza. Mediante l'empatia ci sforziamo di comprendere le singole esperienze dell'altro; tuttavia, sia la molteplicità delle connessioni tra le singole esperienze dell'altro, sia l'intero mondo in cui l'altra persona vive, sfuggono alla comprensione empatica. Uno degli obiettivi principali della fenomenologia è cercare il significato complessivo ed unitario delle multiple sfaccettature del mondo vissuto di una persona. Questo obiettivo della fenomenologia è implicito nel suo stesso nome, secondo l'interpretazione datane da Heidegger (1956).

Fenomeno-logia, infatti, significa *leghein ta phainomena*. Il verbo greco *leghein*, da cui deriva *logos*, ha due significati: uno è attivo – raccogliere, mettere insieme, collezionare, raggruppare, assemblare (in tedesco *lesen*). In questo senso, la fenomenologia significa letteralmente “raccogliere fenomeni”. *Leghein* possiede inoltre un significato passivo: giacere, mettere giù, poggiare e, inoltre, lasciare essere (in tedesco *liegen lassen*). Analogamente all'espressione “raccogliersi in preghiera” (anche in italiano: raccogliere, raccolta e raccoglimento, raccogliersi in preghiera,

condividono la stessa radice), *leghein* significa meditazione, contemplazione. Questo significato passivo di *leghein* rispecchia il motto di Husserl: “Lasciate che le cose parlino da sé”. Secondo Heidegger, il significato preciso del verbo *leghein* consiste però nell’insieme dei due significati, quello attivo e quello passivo: “lasciare-che-le-cose-stiano-innanzi-raccolte” (in tedesco: *beisammen-vor-liegen-lassen*). Il *logos* di fenomeno-logia allora si trova metà tra raccogliere e il passivo lasciar-essere i fenomeni: cogliere i fenomeni in uno stato di coscienza che fluttua tra il lasciarsene impressionare e contagiare e il raccogliere fenomeni in base a criteri di affinità, di analogia, di risonanza reciproca tra i fenomeni stessi. Wittgenstein (1969, 1967, 1980), suggerisce che la filosofia dovrebbe rinunciare a tutte le teorie e lasciare semplicemente che le cose come sono parlino per se stesse.

2.3 Genealogia della psicopatologia:

Ciò a cui ci riferiamo parlando di “psicopatologia” – la scienza che cerca di comprendere l’esperienza umana della follia – ha una precisa genealogia: un padre, un luogo ed una data di nascita, figli e nipoti fedeli e degeneri. Karl Jaspers, lo psichiatra-filosofo tedesco, ha coniato un linguaggio ed un sistema – quello della “psicopatologia descrittiva” – le cui categorie dovevano rappresentare gli scaffali in cui collocare le modificazioni patologiche dell’esperienza umana. L’obiettivo perseguito da

Jaspers era quello di consegnare alla psichiatria un supporto di conoscenze rigorose dei fenomeni psichici abnormi, tale da consentire a questa disciplina di giungere allo stadio di *scienza*. I cardini epistemologici del programma di Jaspers sono l'individuazione di un *campo* di fenomeni conoscibili, reali, distinguibili chiaramente attraverso metodi precisi e validi e l'inquadrimento concettuale di questi fenomeni basato sulla comunicabilità e la sistematicità.

Ciò che Jaspers chiede alla fenomenologia per poter fondare la psicopatologia generale è, in primo luogo, un metodo per poter descrivere come le esperienze si presentano alla coscienza dei pazienti per delinearle e distinguerle il più nettamente possibile e dar loro denominazioni precise.

Per esempio è compito dell'analisi fenomenologica distinguere come la percezione di un oggetto si distingue dalla rappresentazione di un oggetto. Per Jaspers dunque la fenomenologia è metodologicamente essenziale per la psicopatologia, il cui sforzo è primariamente illuminare la qualità delle esperienze soggettive dei pazienti, i loro significati personali e la configurazione in cui si dispongono come parti di un insieme. L'assenza di pregiudizio (*Vorurteilslosigkeit*) è il prerequisito per l'esplorazione fenomenologica e la comprensione dei fenomeni mentali abnormi. C'è però un secondo volto che rappresenta il lato oscuro della psicopatologia che cercherà di eludere il nostro sguardo e del quale dovremo sempre cercare di ricordarci se vogliamo sapere cosa noi stiamo facendo. C'è, per Jaspers,

nell'esperienza della follia, *qualcosa* di misterioso, inesprimibile e soprattutto incomprensibile. La psicopatologia jaspersiana, che cerca di far valere la legge del senso e di estendere i confini dell'impero senso nel territorio desolato della follia, necessita, per fondare se stessa, di un nemico, di un suo doppio: *l'impero del non senso*. Questo sta alla base della critica della ragione psicopatologica di Jaspers e di incomprensibilità come resistenza a coinvolgersi nella comprensione empatica. Per Jaspers, l'empatia costituisce il metodo fondamentale per l'esplorazione fenomenologica della coscienza dell'altro. Ma nonostante questa enfasi per l'empatia, Jaspers sostiene che il metodo della comprensione empatica non possa essere applicato ubiquitariamente a tutti i tipi di fenomeni psicopatologici. La "vera" follia (la schizofrenia e, specialmente, il delirio schizofrenico) è esclusa dall'ambito dei fenomeni comprensibili tramite l'empatia. Buona parte del modello medico contemporaneo (Sass, 1994) segue alla lettera l'assioma jaspersiano dell'incomprensibilità delle esperienze schizofreniche. Considera pertanto la schizofrenia semplicemente come epifenomeno di una qualche disfunzione biologica [è importante notare che, nella teoria jaspersiana, l'incomprensibilità non riguarda il contenuto di un'esperienza: non si riferisce cioè alla mancanza di senso del contenuto delle esperienze schizofreniche perché il contenuto stesso di un'allucinazione acustico-verbale (cosa la "voce" dice) non è incomprensibile in se stesso. I contenuti delle allucinazioni, scrive Jaspers,

non sono assolutamente casuali, ma hanno “in parte rapporti comprensibili con la storia della persona, un significato di esperienza vissuta come comandi, realizzazioni di desideri, stizze e beffe, tormenti o come rivelazioni. È la “forma” in cui tale contenuto si presenta alla coscienza (una “voce” invece di un pensiero) che sfugge alla nostra comprensione. È la metamorfosi di un pensiero in una voce che, secondo Jaspers, elude la capacità di comprendere tramite l’empatia].

Secondo Jaspers, solo la comprensione empatica risulta la giusta comprensione della soggettività altrui; empatia come visione intuitiva dello spirito e della soggettività altrui. Ciò che Jaspers chiama “comprendere” (*Verstehen*) – immergersi nell’altro e afferrarne il suo significato dall’interno. I fenomeni della vita psichica altrui così “compresi” acquistano una evidenza immediata [...]. Di fronte alle esperienze schizofreniche (in particolare al delirio), secondo Jaspers, non si stabilirebbe questa evidenza immediata, “non riusciamo a rendercele presenti, in modo evidente”. Qui si nota il primo limite dell’approccio jaspersiano alla psicopatologia: l’essere comprensibile è considerata una caratteristica *intrinseca* allo stato mentale dell’altro, non una caratteristica della *mia* capacità di legarmi in una relazione empatica con lui. Ciò che in questo caso Jaspers erroneamente trascura è che l’incomprensibilità può essere l’effetto della *mia stessa* resistenza al coinvolgimento nella comprensione empatica. Come afferma Naomi Eilan: “il motivo per cui

troviamo la normale empatia psicologicamente impossibile non consiste (solo) nella distanza delle credenze di ogni giorno, ma, piuttosto, nella nostra profonda resistenza a permettere a noi stessi di legarci totalmente, per simulazione, con le emozioni di perdita del sé e del mondo incarnate in questi stati [schizofrenici].

2.4 Dal manicomio alle metamorfosi della follia:

Se nell'ultimo paragrafo abbiamo voluto ricapitolare (e criticare "empaticamente") le idee di Jaspers è perché la storia delle origini rivela il significato delle controversie attuali. Il concetto jaspersiano di "comprensione" nato all'interno delle quattro mura del manicomio, è la conseguenza di queste origini. La psicopatologia è nata durante il periodo del "grande internamento" e sembra quasi che il suo obiettivo fosse conferire dignità a quelle persone "malate" che mostravano certi segni che obbligavano la loro cura in una istituzione. Ma allo stesso tempo la psicopatologia contribuiva a legittimare l'ospedalizzazione di queste persone in istituzioni ambigue e fuori dal tempo, sospese tra istanze terapeutiche e istanze di controllo. A volte sembra che la psicopatologia sia sorta per legittimare l'internamento dei folli nei manicomi.

Dal tempo di Jaspers e da quello dei manicomi, abbiamo assistito a non poche metamorfosi della follia e della stessa psicopatologia. Una tra le più significative di queste metamorfosi è la sempre crescente importanza

attribuita alle manifestazioni della follia non-delirante, o meglio “sub-delirante” (Blankenburg, 1971; sub-delirante, che non giungono cioè alla *rivelazione* delirante). L’interesse per le forme sub-deliranti deriva da una metamorfosi della follia stessa, nonché dei servizi di salute mentale. È un fatto provato che, grazie all’organizzazione territoriale dei nostri servizi di salute mentale, talvolta si entra in contatto con persone vulnerabili prima di trovarle cronicamente malate o talvolta prima di trovarle affette da sintomi acuti “positivi”, come deliri o allucinazioni. Questo precoce contatto con persone vulnerabili probabilmente ha contribuito a indurre una patomorfosi della sintomatologia psicotica. Inoltre, è un fatto che trattamenti precoci, o anche le auto-meditazioni con sostanze di abuso, probabilmente riducono, o comunque modificano, l’entità e la forma dei cosiddetti “sintomi positivi”. In questo modo, sempre più, le psicosi schizofreniche somigliano ad un disturbo di personalità, dove anormalità nella struttura di valori e delle credenze, vengono in primo piano e le modificazioni acute nel campo di coscienza assumono contorni più sfumati, sottili e nascosti. Così come il delirio aveva rappresentato la più pregnante epifania del mondo schizofrenico dell’epoca manicomiale, oggi ad incarnare il prototipo è forse la condizione strisciante pseudo-sociopatica, la deriva sociale, la marginalità, la non conformità, l’eccentricità che reca sbiadito il tatuaggio della follia. Queste persone, che non sono più oggetto dell’internamento, continuano comunque ad essere oggetto di emarginazione; sono esclusi

dalla società e, a volte, anche dalla prassi psichiatrica. Queste persone rischiano di essere oggetto di rimozione teoretica se non ci sforziamo di ricalibrare, ri-accordare le nostre conoscenze psicopatologiche sulla loro condizione.

2.5 L'equivoco ascetico: psicopatologia fenomenologica e fenomenologia sociale:

La fragilità costitutiva di fondo della persona schizofrenica ne determina la condizione di “insicurezza ontologica” caratterizzata dal sentirsi indistinti, nebulosi, privi della rassicurante certezza di ciò che è proprio. L'esistenza del sé schizofrenico è contraddistinta dalla sensazione angosciata di implodere all'interno, di non reggere il confronto face-to-face con l'altro, cioè la dimensione sociale; di essere risucchiato dagli altri e perdere se stesso nell'ambiente. Recentemente i disturbi del sé sono diventati oggetto di ricerca empirica, specie sui prodromi schizofrenici, stabilendo che i disturbi dell'esperienza di sé sono tra i principali fenomeni che percorrono in senso patogenetico la schizofrenia ed enfatizzando la rilevanza di fenomeni di depersonalizzazione auto, somato e allo-psichica – strane modificazioni nella coscienza di sé in cui la persona si sente staccata e/o dal mondo, o come se ella e/o il mondo fossero irreali – per la patogenesi dei sintomi psicosi conclamati. Si è pensato che la presenza di questi fenomeni abnormi potesse implicare disturbi nella sfera

dell'intersoggettività. Questa è la contraddizione in cui continua a dibattersi la psicopatologia fenomenologica: concepire le psicosi alla stregua di disturbi dell'intersoggettività, ma sforzarsi di descriverle e comprenderle principalmente a partire dalle modificazioni della coscienza di un individuo isolato, una mente isolata, come se la crisi del sé e delle sue relazioni con il mondo potesse essere analizzata in quanto effetto della depersonalizzazione e della derealizzazione di un soggetto nomade che si affaccia sul mondo. Ci sono almeno due versioni standard riguardo ai rapporti tra disturbi del sé e dell'intersoggettività. La prima sostiene che i disturbi percettivi determinino il progressivo distacco dalla realtà emblematica della schizofrenia: la percezione abnorme della realtà esterna, del proprio corpo e della propria vita mentale colpisce la capacità di entrare in contatto con le persone e comprendere situazioni sociali. Un'ulteriore versione attribuisce alla crisi del sé e delle sue relazioni con il mondo, al venir meno delle capacità cognitive. Non disporre dei codici linguistici, delle categorie, idonee a comprendere "ciò che sta accadendo là fuori" è considerato l'aspetto cognitivo essenziale della condizione di perplessità e anche del disturbo dell'intersoggettività schizofrenica.

Tuttavia queste analisi del sé fenomenologico colgono solo una dimensione del sé vulnerabile della persona schizofrenica (la dimensione del sé personale), trascurando che il sé non è un fenomeno puramente *personale*, ma anche *sociale*. Da qui una critica di questa versione dei

rapporti tra i disturbi del sé fenomenico e del sé sociale che, ribaltando la prima ipotesi, afferma che sono i disturbi dell'intersoggettività ad implicare disturbi del sé personale. La mia esistenza è fundamentalmente legata alla mia esistenza sociale ed il mio *sentirmi presente* deriva dal modo in cui costituisco me stesso ed il mondo in situazioni sociali. Il senso di realtà di un'esperienza, l'esperienza e la definizione del proprio sé sono prodotti dell'intersoggettività (Berger, Luckman, 1966). La percezione del proprio sé come indistinto, vuoto e nebuloso (caratteristico nella schizofrenia prodromica) non è solo la conseguenza di un disturbo della percezione di sé, ma anche di un'incerta costruzione del proprio sé in rapporto con il sociale. D'altra parte anche la lettura in chiave "cognitiva" del fenomeno e del disturbo dell'intersoggettività schizofrenica genera più di un dubbio.

L'incapacità di comprendere i significati degli oggetti che popolano il proprio mondo, gli schemi, le istanze normative e le procedure comportamentali che ricorrono nelle situazioni sociali potrebbero riflettere ben altre perturbazioni rispetto a meri "disturbi cognitivi", situate in ben più profondi strati della vita affettivo-emotiva e della corporeità.

L'approccio fenomenologico, sia in filosofia sia in psicopatologia, nasce con questa comune malformazione: il *solipsismo*? Quello che principalmente interessa in questo contesto è quale versione della fenomenologia filosofica sia stata adottata dalla psicopatologia fenomenologica e con quali conseguenze. Husserl, il padre della

fenomenologia, si proponeva di portare alla luce i mattoni individuali che, messi uno sopra l'altro, costituiscono l'edificio del mondo sociale. Il sogno della fenomenologia husserliana sarebbe stato spiegare, a partire dall'uomo singolo, cosa rende possibile un mondo a noi tutti comune: perché (in virtù di cosa) esiste un mondo comune? Questo è almeno uno dei significati del metodo filosofico adottato da Husserl per svelare il mistero dell'intersoggettività. La *riduzione trascendentale*, cioè la sospensione dell'atteggiamento naturale verso il mondo. Sospendendo l'atteggiamento naturale, quello che ci trova immersi in un mondo a noi familiare, neutralizziamo (mettiamo in parentesi) quel complesso sistema di credenze, giudizi e abitudini che regola il nostro abituale modo di comprendere le cose e le condotte quotidiane. Ed è proprio mettendo tra parentesi questo sistema di presupposti impliciti che ne riveliamo l'esistenza.

2.6 Le radici interiori dell'intersoggettività:

L'analisi condotta da Husserl si articolerebbe in tre ambiti tra di loro implicatisi. La domanda centrale è la seguente:

“Cosa rende possibile la mia esperienza di vivere in un mondo comune, in un mondo la cui oggettività, realtà ed esistenza so che è condivisa con altre persone in un mondo fatto di oggetti esperiti come pubblici e non privati?”.

Co-soggettività, primo ambito husserliano:

Una prima risposta va cercata nel rapporto tra soggetto e oggetto nel fenomeno della *percezione*. Ognuno di noi sa che nel percepire un oggetto ne coglie solo una parte – un particolare profilo. Nonostante si possa avere solo questa visione parziale di ciascun oggetto, ognuno sa che quell'oggetto è tuttavia presente nella sua interezza. Cosa rende presenti – si chiede Husserl – nella coscienza di ognuno di noi, i profili non percepiti di quel certo oggetto? La risposta è che tali profili sono i profili che percepirebbe un'altra persona trovandosi al vertice di una prospettiva diversa dalla mia rispetto a quell'oggetto. A partire da questa osservazione, Husserl, conclude che la nostra percezione di un determinato oggetto *presuppone* il riferimento ad altri soggetti che potrebbero percepire tale oggetto da diverse prospettive percependone i profili che a me rimangono nascosti. La percezione stereoscopica di un oggetto, dunque, *presuppone l'intersoggettività* – o almeno un particolare modo dell'intersoggettività che è detto *co-soggettività*. Prima ancora che io incontri l'Altro in carne ed ossa, l'Altro è co-presente a priori nel mio modo abituale di percepire gli oggetti – la prospettiva dell'Altro è dentro di me, parte integrante della mia soggettività – e rende possibile che io percepisca tali oggetti come reali e non come meri fondali di una scenografia teatrale.

Intersoggettività concreta, secondo ambito husserliano:

Una seconda risposta al problema dell'intersoggettività viene dall'analisi del rapporto diretto con l'Altro in carne ed ossa, in particolare dalla situazione in cui io faccio esperienza dell'Altro che fa esperienza di me – questo fenomeno è detto *intersoggettività concreta*. In questo frangente io mi rendo conto che l'Altro mi percepisce come io percepisco lui, cioè che io stesso sono un altro rispetto a lui. È così che comprendo di essere solamente “uno tra gli altri”. Questo mio sentirmi uno tra gli altri implica il sentirmi epistemologicamente detronizzato: non posso più concepirmi come l'unico polo di costituzione del mondo. In questo sentirmi detronizzato, da una parte perdo un privilegio, ma dall'altra parte traggo un vantaggio inestimabile; d'ora innanzi il mondo non esiste solo per me, la sua esistenza non dipende da me, dalla mia esistenza fattuale. Il mondo acquista oggettività nel senso che è diventato un oggetto intersoggettivo dunque dotato di vita autonoma rispetto alla mia. Così come nel primo fenomeno analizzato (la co-soggettività) il mondo acquista oggettività nel senso che è scongiurato il rischio che il mondo stesso venga percepito come pura *apparenza* (come una quinta di teatro), nel fenomeno dell'intersoggettività concreta il mondo acquista oggettività nel senso di una “esistenza” che trascende il soggetto (cioè sussiste indipendentemente dal suo esserci).

La comunità anonima, terzo ambito husserliano:

Un terzo approccio al problema dell'intersoggettività vede in primo piano un ulteriore personaggio: la *comunità anonima* che si manifesta nella tradizione, nella norma, nella storia. Ciascuno di noi fa parte di una comunità, di un gruppo sociale; ognuno di noi ritiene che qualcosa sia normale non sulla base di un giudizio individuale, ma sulla base di ciò che ha appreso essere tale. L'oggettività in quanto normalità ha il carattere della *convenzionalità*: si ritiene normale ciò che è atteso, anticipato sulla scorta di un sedimento che trascende la mia individualità e rimanda alla comunità di appartenenza.

*2.7 Intersoggettività, *sensus communis* e sintonizzazione:*

Con il termine intersoggettività non si intende solamente il fenomeno del comunicare con gli altri in modo efficace, ma si riferisce ad un fenomeno ancora più elementare, radice stessa della comunicazione. È la condizione di possibilità della comunicazione. Secondo alcuni (Bell, 1990), nella ricerca del carattere oggettivo dei significati, Husserl rimase intrappolato in una concezione idealistica della realtà in cui la mente individuale viene studiata come un sistema isolato e l'Io trascendentale come il garante storico e desituato dell'oggettività dei significati. Come già accennato, recentemente questa prospettiva solipsistica è stata abbandonata. Dopo Husserl, Alfred Schutz (1899 – 1959), il padre della

fenomenologia sociale, abbandonò la prospettiva trascendentale che identificava il luogo dell'originaria creazione dei significati socialmente condivisi nella mente individuale, nella mente isolata. Nella prospettiva fenomenologica di Alfred Schutz, i fenomeni che stanno alla base dell'intersoggettività possono essere visti o come una serie di costrutti sociali condivisi da un gruppo sociale (*sensus communis*), o come una *sintonizzazione* con il mondo, di natura pre-concettuale e pre-riflessiva.

Sensus communis:

Secondo Schutz, che raccoglie insieme all'eredità husserliana quella dell'interazionismo simbolico (Mead, 1943), ci familiarizziamo con il mondo tramite costrutti tipici condivisi. Il mondo sociale è stabilito, dunque, da un *ordine interpretativo* valido per ogni individuo appartenente ad uno specifico contesto culturale. Ogni persona riceve e partecipa a questo ordine interpretativo spontaneamente, intuitivamente e in maniera ante-predicativa (non riflessiva). Nella vita quotidiana esso non inerisce alla riflessione esplicita perché è dato per scontato da ogni persona. Questo ordine interpretativo valido per ognuno è detto *sensus communis*. Il *sensus communis* è l'elemento costitutivo della percezione della realtà e come tale è la vera colonna della vita mentale normale. I confini della percezione della realtà iniziano e sono tracciati dall'evidenza del *sensus communis*.

Sintonizzazione:

Da un'altra costola dell'eredità di Husserl nasce un ulteriore orientamento della fenomenologia sociale; la pietra angolare dell'intersoggettività è la cosiddetta *sintonizzazione*. La sintonizzazione è la capacità umana di entrare in una relazione reciproca con gli altri, riconoscere l'esistenza degli altri in quanto esseri dotati di una mente sostanzialmente simile alla propria, accedere e comprendere le manifestazioni della mente degli altri e, infine, collegarsi con gli altri e comunicare attraverso gli stessi costrutti di pensiero (strutture comuni di significato). In ultimo, ma non meno importante, la sintonizzazione è sostanzialmente un atto incarnato basato sul fenomeno dell'*intercorporeità* (Merleau – Ponty, 1945): la capacità di comprendere l'altro basata sulla risonanza tra il mio corpo ed il corpo dell'altro. È la percezione diretta, attraverso il mio corpo risonante, della vita emotiva dell'altro. La *base dell'intersoggettività*, quindi, non è un agglomerato di conoscenza oggettiva, ma un'attitudine – un'attitudine naturale – da cui gli uomini vedono ed esperiscono il mondo (Parnas, 1999). Questo approccio stabilisce, cioè, che la sintonizzazione sociale è la capacità di costituire e mantenere costante la propria dimensione sociale come esercizio naturale ed intuitivo, ante-predicativo e pre-riflessivo. La sintonizzazione presuppone l'esistenza di una specie di *istinto sociale* poiché – come sostenuto da Schutz – presuppone una fiducia basica nella sincerità

dell'Altro, una sorta di “fiducia animale” nella possibilità di condividere con l'Altro uno degli innumerevoli mondi possibili (Schutz, 1955). Questo significa che il mondo reale è un mondo comune. La capacità di condividere con gli altri *uno* degli innumerevoli mondi possibili costituisce il prerequisito per sentire il mondo come reale. Di cosa ho bisogno per esperire un mondo reale, comune? Non si tratta solo di condividere con i miei contemporanei una serie di significati convenzionali da attribuire a fatti che avvengono là fuori. Non è semplicemente una questione di convenzionalità e assimilazione. Esperire il mondo come un mondo reale e comune non rappresenta un atto di cognizione teoretica del genere: “so che gli altri direbbero che questo è un albero, quindi questo è un albero”. Se mi comporto così ciò che ottengo è semplicemente una immagine della realtà, condivisa con gli altri esseri umani, carente di un qualsiasi senso di realtà.

Il mio senso di realtà non costituisce una prestazione cognitiva; piuttosto è una *esperienza di appartenenza*. Una sorta di impulso che mi fa sentire *uno di loro*. Non scelgo di essere membro di questo gruppo di persone e di sottoscrivere la loro visione del mondo, piuttosto sono guidato dall'essere membro di questa comunità di persone, mi capita di sentirmi parte di loro. All'infuori di ciò, e questa esperienza vitale di appartenenza è assente, o diminuita, o cancellata, ciò che rimane è un mondo che manca del proprio momento di realtà, che mostra tutte quelle caratteristiche (percettive e cognitive) che gli psicopatologi attribuiscono ad una

esperienza abnorme di derealizzazione e depersonalizzazione. Potrebbe essere ricco, anche più ricco della realtà stessa, come uno splendido quadro, ma al meglio di sé sarà solo un mondo di essenza, piuttosto che un mondo di vita.

2.8 I sensi del senso comune:

La nozione di senso comune non è di facile definizione. Il senso comune è una intelligenza convenzionale negli affari pratici. Come abbiamo iniziato a vedere, le interpretazioni del senso comune oscillano tra due principali teorie: le teorie *proposizionali* (che rimandano alla nozione di *sensus communis*) e quelle non proposizionali (che rimandano al fenomeno della sintonizzazione). In questa sezione analizzeremo i principi fondamentali della prospettiva proposizionale. Giovanni Battista Vico del senso comune dette la seguente lapidaria definizione: “è un giudizio *senza riflessione* comunemente sentito da un intero ordine, popolo o nazione o dall’intero genere umano” (1744). Un “giudizio senza riflessione” è, in buona sostanza, un tipo di sapere basato su una specie di istinto; un istinto sociale tramite il quale la mente umana può armonizzare con un patrimonio di sapere condiviso. In Vico troviamo una teoria proposizionale del senso comune; i principi del senso comune governano le azioni umane in modo non riflessivo. Si suppone l’esistenza negli esseri umani di un insieme di credenze condivise, e un qualche tipo di conoscenza teoretica o di

familiarità intuitiva di queste, che complessivamente costituiscono il prerequisito essenziale della socialità. C'è dunque, una analogia tra il senso comune degli umani e gli istinti degli altri animali. John Locke (1688) sostenne che il senso comune consiste in un insieme di relazioni empiriche di causa-effetto utili a orientarsi praticamente nella vita quotidiana.

Analogamente a Locke, anche David Hume (1739-1740), giunse a sostenere che il principale scopo della mente umana sia scoprire relazioni causa-effetto. *Ogni uomo è un fisico ed uno psicologo naturale* (Plotkin, 1997). Guidati dal senso comune, cerchiamo spontaneamente relazioni di causa-effetto. Mentre la causalità fisica riguarda le relazioni tra oggetti materiali (“se tocco il fuoco, mi brucio la mano”), per ciò che riguarda l’ambito psicologico la ricerca delle cause (o per meglio dire, delle motivazioni) consiste nella comprensione degli stati mentali altrui (pensieri, sentimenti, intenzioni, etc.) attraverso la percezione dei comportamenti degli altri (azioni, mimica, etc.) – “Se lei sorride, allora è felice”. Seguendo questo approccio, si è chiamata *mind reading* (lettura della mente) questa capacità di inferenza degli stati mentali altrui – definendo *mind blindness* (cecità mentale, nel senso di cecità nei riguardi dei contenuti e dei processi della mente altrui) la sua controparte patologica, evidente nei bambini artistici (Baron-Cohen, 1995). Il senso comune finisce per corrispondere ad una *immagine* della realtà che è stata creata per il fine pratico della sopravvivenza.

Tra le presunte caratteristiche naturali ed ontologiche delle credenze del senso comune, il paragone tra il senso comune ed istinto, o anche tra esso ed una rete di credenze condivise da tutto il genere umano atta ad orientarci nel nostro ambiente, può far pensare che esso rappresenti un tipo di sapere per così dire *naturale*: un insieme di schemi basici, intrinseci, geneticamente ereditati, atemporali, impersonali, caratteristici della “natura umana”. Per contro Ludwig Wittgenstein (1969) smaschera la presunta natura ontologica del senso comune. Anziché certezze intuitive radicate nella natura umana, secondo Wittgenstein, la nostra conoscenza del mondo della vita origina solo in parte da esperienze di prima mano che si inscrivono nella ingenua *tabula rasa* della mente infantile, presa per mano soltanto dal proprio innato istinto di conoscenza. In gran parte invece essa è derivata dai resoconti e dagli insegnamenti degli altri. Non apprendiamo il nostro sapere di senso comune a partire dalla nostra esperienza diretta e personale del mondo, non lo costruiamo sulla base di una indagine personale sul mondo: lo apprendiamo come bambini che con fiducia accettano gli insegnamenti degli adulti. Ci familiarizziamo con questo sfondo condiviso in uno stadio dello sviluppo psicologico che precede i dubbi e le incertezze. In breve: riceviamo il senso comune come una specie di *imprinting*.

2.9 *Le origini della fenomenologia sociale:*

Il filosofo tedesco Alfred Schutz ha dato una svolta alla comprensione fenomenologica del senso comune. Egli è critico verso la posizione centrata sul *solus ipse* e postula che “la mia conoscenza è [...] fin dall’inizio intersoggettiva e socializzata” (Schutz, 1971, p.11). Schutz aderisce ad una visione sostanzialmente proposizionale del senso comune. La nostra comprensione del mondo è basata su una serie di esperienze precedenti.

Queste pre-esperienze costituiscono uno schema di “conoscenze alla mano” attraverso cui noi comprendiamo il mondo. Questo schema è fatto di esperienze *tipiche*, cioè prototipi a noi familiari e comprensibili le esperienze successive che vengono ad esse assimilate. Il senso comune è esattamente questo, la “stanza del tesoro” in cui sono custoditi i “tipi [di esperienza] precostituiti” e “pronti all’uso”. L’intersoggettività è basata sulla condivisione di questa serie di prototipi.

2.10 *La dimensione sociale del corpo nel fenomeno dell’intersoggettività:*

È il corpo, e non la mente disincarnata, che domina la scena dell’intersoggettività. La base della socialità è il fenomeno dell’intercorporeità, cioè un fenomeno eminentemente *perceptivo*, che innesci la risonanza di una carne con un’altra carne. Questa risonanza tra corpi in azione orienta i nostri comportamenti sociali, orientando la nostra comprensione dei comportamenti altrui. ma c’è qualcosa che a sua volta,

orienta questa percezione? “Le braccia e le gambe sono pieni di imperativi muti” (Bourdieu, 1980). Il corpo non è solo natura, ma anche cultura. Nel corpo, cioè, è inscritto un tipo di sapere pratico, una “mitologia” sociale e politica (del tipo “stai diritto quando sei seduto!” e “non si porta il coltello alla bocca!”). L’orientamento corporeo è una mitologia politica concreta (Bourdieu, 1980), che le persone acquisiscono attraverso la loro educazione in una particolare cultura o classe sociale. Il corpo ha anch’esso una dimensione sociale. Questa dimensione sociale del corpo, detta *habitus*, si configura attraverso l’educazione che ognuno riceve nella propria cultura e nella propria classe sociale di appartenenza. Gli schemi dell’*habitus*, che sono forme implicite di classificazione delle azioni altrui, funzionano prima di giungere alla coscienza e all’ordine del discorso e, quindi, fuori da raggio di azione di un controllo volontario (Bourdieu, 1979).

Capitolo III

Clinica della schizofrenia

3.1 Schizofrenia e sesto senso:

Ascoltare una persona schizofrenica è un'esperienza sconvolgente per più di una ragione. Se lasciassimo che le sue parole attualizzino in noi le esperienze di cui parla, invece di prenderle come sintomi di una malattia, lo scoglio di certezze sul quale si arrocca la nostra vita può esserne travolto e sommerso. Il senso di essere *noi* coloro i quali ora vedono questo foglio, leggono queste righe e girano questa pagina; l'esperienza di unità percettiva, l'essere cioè il centro sul quale convergono il nostro vedere questa Tesi di Laurea, toccare la sua copertina e sentire l'aroma delle sue pagine fresche di stampa; la sensazione che siamo proprio noi ad avere questa strana ansia che cresce mentre questi pensieri si aprono un varco dentro la nostra mente; e ancora che siamo noi ad essere o meno concorde con ciò che stiamo pensando; il senso, inoltre, di appartenere ad una comunità di persone, di essere in sintonia con loro e coinvolto in ciò che mi sta accadendo in mezzo a loro. Tutte queste certezze, tutte queste ovvietà su cui si fonda la nostra vita quotidiana sono messe a repentaglio.

Se consentissimo alle sue parole, se concedessimo che la sua esperienza, anche solo per un istante, prenda il posto della nostra e

sbiadisca i lineamenti dell'immagine di noi stessi, che occupa il centro della nostra coscienza e della nostra memoria; se lasciassimo che quest'immagine di *soggetto* scompaia dal centro della tela, essa risucchierebbe come in un gorgo, i contorni e i colori dei paesaggi e delle scene più familiari. ***Rischieremmo di pensare anche noi, come tutti, forse viviamo immersi in un delirio di realtà.***

Nonostante i nostri sforzi di capire, sospendendo ogni giudizio clinico, ci permettano di vedere nei racconti di queste persone una delle possibili configurazioni della coscienza umana, dobbiamo ammettere che c'è qualcosa di incomprensibile e di quasi inumano in queste esperienze, qualcosa che ci fa sentire radicalmente diversi dalla persona che stiamo ascoltando. Cosa abbiamo in comune con qualcuno che dice di percepire i suoi pensieri come oggetti materiali nel suo cervello? O sente il proprio corpo , o alcune sue parti, non come qualcosa di cui fa parte, in cui è incarnato, ma come un meccanismo fungente che gli permette di sentire, percepire, agire? O che si sente così disconnesso dagli umani che si è messo alla ricerca di un algoritmo tramite il quale interagire con essi?

Questa supposta incomprensibilità è stata per anni un alibi di ferro per molti di noi ed è stata presa da alcuni di noi come una ragione legittima per abdicare al compito di capire e cercare, invece, cause e spiegazioni.

Quando ascoltiamo il nostro paziente schizofrenico abbiamo l'opportunità di vedere davanti a noi ciò di cui non possiamo essere

coscienti quando siamo rivolti al mondo della vita nel cosiddetto “atteggiamento naturale”. Se cercassimo di seguirlo, abbiamo l’opportunità di vedere che la maggior parte (se non tutto) di ciò che consideriamo “naturale” non lo è affatto e può essere messo tra parentesi, sospeso.

Giungeremo cioè a vedere noi stessi, il nostro corpo ed il mondo quasi da altrove. Se, in precedenza, eravamo noi coloro i quali sentivano, percepivano e agivano, adesso questo *Noi* con i suoi sentimenti, percezioni e azioni e i processi impliciti che li sottendono, diventeranno oggetti esterni passibili di essere esplorati. Il modo in cui noi esperiamo l’incontro con una persona schizofrenica può riflettere la sua perdita del contatto immediato con la realtà. Il suo spaesamento ed il nostro si embricano. In primo luogo, abbiamo la sensazione che egli non sia là dove noi lo vediamo. L’esperienza del *qui et ora* è in gioco. Egli sembra guardare ed ascoltare da un altro posto. Egli sembra non avere una percezione immediata di ciò che sta succedendo, ma che stia avendo una sensazione, stia elaborando questa sensazione e stia strutturando le sue parti ed il contesto in cui avviene in un tutto significativo: “Io non gusto la minestra, ma i suoi ingredienti” – è il racconto di un giovane schizofrenico – “Sentire il gusto globale della minestra richiede una ricostruzione”. Questa esperienza frammentata può anche essere illustrata come ciò che accade allo spettatore di un film quando la pellicola si interrompe: invece di guardare passivamente ed essere assorbito da ciò che viene proiettato sullo

schermo, egli prima osserva l'inquadratura con crescente sentimento di irrealtà riguardo a ciò che è rappresentato in essa, poi volge gli occhi verso il raggio di luce e alla fine verso la stanza del cine-proiettore. L'attenzione cioè si sposta dal film proiettato sullo schermo ai meccanismi ed ai processi che rendono possibile la proiezione. I *racconti* che le persone schizofreniche fanno di sé suggeriscono che la distanza tra colui che percepisce e ciò che viene percepito diventa in qualche modo manifesta – o, se si preferisce, il processo di percezione diviene spazializzato: “Qualche volta è come se le mie sensazioni restassero fuori dalla mia testa”. Le sensazioni possono rimanere fuori dalla testa, o il sentimento di metà delle sensazioni può mancare. Per la persona schizofrenica la vita è un'illusione perché è vista attraverso un cervello. Questa stessa persona descrive così il diventare consapevole del processo implicito di scansione visiva di un oggetto: “Quando guardo qualcosa, mi piacerebbe vederla meglio. Mentre guardo, diciamo, un albero, io posso soltanto *scannerizzare* con il mio occhio il suo profilo e contare le sue parti”. In realtà egli descrive se stesso, in questo caso, come uno scanner meccanico: “Divento consapevole del mio occhio mentre guarda un oggetto”. Guarda se stesso da una prospettiva di terza persona. Considera se stesso, e specialmente il suo cervello, come un dispositivo computazionale. Li esperisce come oggetti di un processo di percezione ed è *più coinvolto nell'ispezione del processo di percezione, che nel fenomeno che gli appare*. In termini fenomenologici, questa esperienza

è definita *noetica*. Ciò significa che una persona schizofrenica è decentrata rispetto al proprio processo percettivo, non focalizzata come noi sull'oggetto percepito o contenuto della percezione (noema), e diviene così consapevole (anche se in forma rudimentale) del processo percettivo stesso (noesi). Il suo sguardo è volto verso l'interno – guarda, per così dire, l'occhio che guarda. Il trasalimento, l'esperienza disgiuntiva che proviamo di fronte a lui può essere il risultato del fatto che non sta guardando noi, al momento, ma sta guardando il modo in cui ci sta guardando. È così che possiamo cercare di comprendere frasi come “Sento il mio Io qualche centimetro dietro la mia testa” ; frasi come questa esprimono un vissuto di estraniante distanza da se stesso, l'angosciante percezione del proprio sé che guarda o agisce dall'esterno – appunto, una vita in terza persona. Le anomalie dell'esperienza del sé nelle persone schizofreniche sembrano riflettere sul piano del vissuto soggettivo il disturbo della coscienza di sé pre-riflessiva. Esse comprendono i disturbi della demarcazione fra me e non-me (“Se guardo quella foglia è come se diventassi io stessa una foglia”), le esperienze anomale di unità nel momento presente (“Mi sento come se fossi due persone allo stesso tempo”) e di identità diacronica (“Il tempo e specialmente le mie azioni sono frammentate”), la perdita della meità delle proprie esperienze (“Non sono io a compiere questa azione o ad avere questa percezione”) e infine le lamentele riguardo all'esperienza della propria esistenza (“La mia esistenza manca di un nucleo interno”).

La coscienza sensoriale di sé non è un fenomeno mediato risultato della riflessività; non è una rappresentazione cognitiva di sé stesso, o il risultato di un'esperienza introspettiva. Piuttosto, è un fenomeno pre-riflessivo, pre-tematico, pre-cognitivo, una sorta di presenza immediata a se stesso, radicalmente differente un'esperienza di tipo noetico. La riflessività consiste nell'assumere come *oggetto esplicito* un aspetto della propria esperienza di sé, del proprio corpo o del mondo. La riflessività, cioè, altro non è che la coscienza sensoriale (pre-riflessiva) di sé che si sta rendendo esplicita. Nella riflessività la duplicità implicita nel fenomeno della coscienza inizia a emergere tematicamente: l'esperienza "dell'io sento me stesso" diventa "io percepisco me stesso"; "io penso" diventa "io ascolto me stesso" o "dialogo con me stesso"; "essere immerso" nella vita diventa "avere una visione del mondo". La riflessività è il processo attraverso cui *io* esperisco una parte di me stesso, specialmente la mia vita mentale, come fosse un oggetto della coscienza. L'iper-riflessività riflette ciò che accade quando questo fenomeno tacito diventa un oggetto della coscienza esplicita. L'iper-riflessività è coscienza di sé esasperata, una tendenza a dirigere l'attenzione focale e oggettivante verso aspetti del sé che normalmente sarebbero "abitati" o esperiti come parte integrante di sé stesso. L'iper-riflessività condensa *la capacità del sé di scindere se stesso in soggetto e oggetto dell'esperienza*. Mentre la mancanza di coscienza di sé sensoriale implica una sorta di sensazione di confusione e debolezza del

mio essere presente e la mancanza di un sentimento di distinzione del sé dal mondo esterno, l'iper-riflessività implica la spazializzazione – parti del mio sé diventano come le cose dello spazio esterno. Il fenomeno dell'*iper-riflessività* (Sass, 1992) rappresenta, insieme alla crisi della coscienza sensoriale di sé, il secondo organizzatore di senso della depersonalizzazione schizofrenica. Gli schizofrenici tendono a diventare iper-riflessivi, ciò vale a dire che diventano sempre più impegnati nel monitorare la loro propria vita – specialmente la vita mentale (Sass, 1992,2000):

“Vedo i lineamenti del mio viso anche senza guardarmi allo specchio”;

“Ho la testa scoperciata e vedo i filamenti argentati del mio cervello”;

“Vivo la mia vita in terza persona”.

L'iper-riflessività può rappresentare uno sforzo epistemico

introspettivo e introcettivo finalizzato a capire

ciò che sta accadendo. Le figure 3.1 e 3.2

riassumono le abnormi esperienze di sé

incasellandole secondo due principali modalità

di esistenza: *corpi deanimati e spiriti*

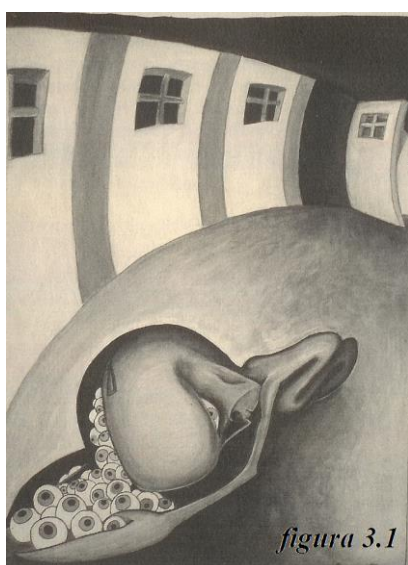
disincarnati. Spesso le persone schizofreniche

descrivono la loro condizione come quella di

un corpo deanimato: la mancanza di coscienza

di sé sensoriale implica il sentimento di essere un corpo senza vita. Ci sono

due tipi di depersonalizzazione schizofrenica. La prima è caratterizzata da



un particolare sentimento di *perdita della presenza*. Queste persone si descrivono come vuote, cave. Nei casi più lievi affermano di essere distanti da se stesse, di aver perduto il contatto con le proprie azioni, di non avvertire la presenza della propria persona. La cerniera tra la mente e il corpo sembra essersi strappata. In maniera ancora più impressionante nei casi più gravi si descrivono così:

“Non c’è un interno del mio corpo, ma solo una cornice.”

“Il cibo sembra cadere nel vuoto.”

“Dietro il petto non c’è nulla, solo una grande buco”. (Angyal, 1936)

“La colonna vertebrale o qualcosa passa invisibilmente attraverso la carne”. (Angyal, 1936)

Queste esperienze, che devono essere intese alla lettera e non certo metaforicamente, ricordano i cyborgs che popolano gli incubi di scrittori e lettori di fantascienza. La loro condizione è contrassegnata da una totale meccanizzazione del corpo (“Sono dotato di uno svuotatore



figura 3.2

vescica a impulso e di un espulsore anale”, riferisce un paziente). Si tratta, in sintesi, di *corpi deanimati*. Questa esistenza come un *cyborgs*, ovvero replica meccanica di un organismo vivente, raggiunge la sua apoteosi nella condizione di *scanner* o di spirito disincarnato che vive come un mero spettatore delle proprie percezioni, azioni e pensieri. Nella schizofrenia questo comporta l’esperienza di una forma di esistenza dualistica,

“cartesiana”, in cui la coscienza di sé incarnata è sostituita dalla coscienza di sé noetica incorporea. Gli *scanners* rappresentano *spiriti disincarnati*:

“Il mondo è un’illusione perché è visto attraverso un cervello.”

“Se la mente è vuota funziona come un plotter o una macchina fotografica.”

Le persone affette da melanconia assomigliano di più ad un altro incubo della fantascienza – gli *zombies*, o morti viventi (per essi il tempo si è fermato, non possono morire, ma neanche vivere nel senso autentico del termine).

La depersonalizzazione schizofrenica è caratterizzata sia da un vissuto di decentramento rispetto al proprio corpo, emozioni e pensieri. Queste funzioni vengono percepite come accadimenti esterni al sé, oggettivate e vissute come meccanismi concreti. Così come nella depersonalizzazione melanconica il corpo è sentito come *morto*, qui è percepito come *fungente*; laddove esso è vissuto come vuoto nella melanconia, qui si rende esplicito il *ghost in the machine* (nella schizofrenia).

Le esperienze disturbanti delle persone melanconiche, che consistono nel loro sentimento di perdita dei sentimenti, sono qualitativamente differenti dalle esperienze riportate dagli schizofrenici. Diversamente dalle persone schizofreniche, le persone melanconiche si sentono in colpa per la loro incapacità di provare sentimenti, cioè di entrare in risonanza emotiva con gli altri e con gli avvenimenti della vita. (Cotard, 1882a,) Queste persone, secondo Cotard, sono affette da una specie di ipocondria morale:

si sentono emotivamente morte. Al grado estremo, anzi, affermano che non moriranno mai, perché sono *già* morte.

La struttura globale del vissuto corporeo nella melanconia, contrapposta a quello schizofrenico, può essere descritta, seguendo il filosofo francese Marcel (1954), attraverso la polarità tra il *corpo-che-sono* (corpo-soggetto) e il *corpo-che-ho* (corpo-oggetto). Laddove le persone melanconiche sono iper-identificate con il corpo-che-sono, senza vita, così nella schizofrenia è il corpo-che-ho (ho un corpo exteriorizzato) a essere senza vita e a mancare di risonanza.

Un secondo tipo di smarrimento che possiamo provare nel rapporto con il paziente schizofrenico, riguarda la sensazione che manchi qualcosa mentre cerchiamo di entrare in contatto con lui. Un precoce sentimento di alienità che proviamo mentre gli siamo di fronte. In realtà, questo smarrimento nasconde una struttura molto più complessa. Non è solo una modalità diagnostica intuitiva. Nasconde alcuni dei segreti dell'alienazione dell'esistenza schizofrenica che lo sguardo fenomenologico aiuta a rivelare.

I fenomenologi pensano che le persone schizofreniche mostrino una aumentata attitudine a mettere tra parentesi il senso comune ed i significati condivisi (Blankenburg, 1969, 1971). Si suppone che questa sia una delle caratteristiche principali della vulnerabilità schizofrenica (Stanghellini, 1997a, 1997b, 2000a). Questa, per loro, non è un'impresa che richiede uno sforzo, ma per così dire un'esperienza naturale (mentre il tentativo di

ritornare alla modalità di rapporto immediata con il mondo rappresenta per loro spesso un compito improbo e uno sforzo per così dire sovraumano).

Laddove per persone non schizofreniche questa *performance* richiede un impegno innaturale, per le persone affette da schizofrenia è parte della loro attitudine naturale presente nella quotidiana. I significati che abitualmente attribuiamo alle parole subiscono lo stesso trattamento, vengono spontaneamente messi tra parentesi, cosicché spesso nel parlare con una persona schizofrenica ci sentiamo privi di un terreno comune per capirci l'un l'altro. Per esempio si può avere l'impressione che usiamo la stessa parola, ma le attribuiamo significati diversi. Così, si ha la sensazione che egli non condivida lo stesso orizzonte di significati che noi diamo per scontato e che crediamo di condividere con le altre persone con le quali abitualmente veniamo in contatto. Egli mostra una iper-estensione dell'orizzonte dei significati che riflette un flusso di libere associazioni fluttuanti (Schwarz et al., 1997). Questo sentimento di destituzione nelle relazioni umane mostra una ulteriore dimensione dell'incontro con una persona schizofrenica. Egli può lamentarsi di aver bisogno di studiare le "regole del gioco sociale" che tutti gli altri conoscono senza aver fatto alcuno sforzo per apprenderle. Non è raro che le persone schizofreniche diventino *etologi naif* o *psicologi naif* (spontanei) per superare il loro isolamento dal mondo umano e stabilire un sistema simil-matematico di regole chiave per interagire in modo appropriato con gli altri. Questo

isolamento è la conseguenza della mancata acquisizione del *corpus* di “giochi linguistici” in uso nel mondo degli umani; oppure nasce da una anomalia della *sintonizzazione* emotiva con gli altri (Parnas, Bovet, 1991; Stanghellini, Ballerini, 2002)?

“Quando ero bambina ero solita guardare i miei cuginetti per capire quando era il tempo per ridere o come loro riuscivano ad agire senza pensarci prima [...]. È da quando ero bambina che provo a capire come funzionino gli altri e perciò sono obbligata a giocare al “piccolo antropologo”.

Ciò che questa giovane donna sta cercando è anche un algoritmo da applicare nelle relazioni umane; ma ciò che le sfugge è qualcosa di più profondo, qualcosa di diverso da una enciclopedia di regole di comportamento da applicare nelle relazioni sociali. Ciò che manca è un’esperienza intuitiva, pre-cognitiva dell’altro: la percezione diretta della vita emotiva altrui.

Conclusioni

Fenomenologia ed intersoggettività sono i termini che rappresentano quel filo conduttore che lega il mondo delle patologie gravi ad un nuovo modo di concepirle ed agire di conseguenza su di esse. Come si chiede Giovanni Stanghellini, “come possiamo capire meglio e curare dunque i pazienti affetti da schizofrenia e psicosi maniaco depressiva”?

Istituendo un dialogo coerente tra psicopatologia, fenomenologia ed intersoggettività.

In questo contesto, fenomenologia, vuol fare riferimento al modo in cui i pazienti fanno esperienza dei propri disturbi. Non solo.

Fenomenologia vuole anche riferirsi al modo in cui, psicologi, psichiatri e operatori del settore possono prendersi cura di queste persone non perdendo mai di vista la caratteristica che li contraddistingue: coloro che noi chiamiamo “schizofrenici”, sono persone che presentano anomalie del senso comune e dell’intersoggettività”. Attraverso la nozione di “perdita del senso comune”, un modo meno impersonale e più efficace di comprendere la schizofrenia. Questo è l’auspicio.

Come accennato nell’introduzione della tesi, *“nonostante si concepiscano le psicosi come disturbo dell’intersoggettività, la psicopatologia ha continuato a studiarle facendo riferimento alle modificazioni di coscienza di un individuo isolato dal suo contesto. Non è*

sufficiente individuare difetti cognitivi all'esordio della psicosi; né individuare sintomi che sono astrazioni, privati di una storia e senza relazione con la persona. Il senso di realtà e di identità che fonda il nostro modo abituale di stare al mondo, e che è profondamente perturbato nelle psicosi, affonda le radici in qualcosa di più primariamente sociale [...]; per uscire da questo vicolo cieco è necessario recuperare la dimensione della fenomenologia sociale mettendo al centro dell'attenzione il problema dell'intersoggettività. Un'intersoggettività intesa come possibilità di attingere direttamente all'esperienza e alla vita emotiva altrui. Per questo è necessario in primo luogo riabilitare il concetto di senso comune inteso come senso sociale e come intercorporeità”.

Nel corso della stesura di questa tesi è stato fatto riferimento al metodo dell'*epochè*, inteso come criterio secondo il quale il sospendere, il mettere “tra parentesi” l’atteggiamento e le credenze di senso comune per mezzo delle quali ognuno di noi si trova immerso nel proprio mondo, viene utilizzato come strumento per l’esplorazione della soggettività, aprendo la strada alla comprensione dell’alterità.

“*Senso comune, epochè e relazione*” rappresentano quei collegamenti secondari che si legano indissolubilmente a quel filo conduttore incarnato dalla fenomenologia e dalla prospettiva intersoggettiva.

Nel trattamento e nella pratica, in senso lato, tenere presente i summenzionati concetti vuol dire fare i conti con una patologia che è

continuamente in evoluzione, in funzione degli inesorabili cambiamenti che costituiscono il panorama della società odierna.

Questo vuol dire anche fare i conti con l'immaginario comune intercalato in una società che troppo spesso e troppo gratuitamente ricorre al pregiudizio o, nella migliore delle ipotesi, ad un sapere pre-costituito (che tiene poco conto delle peculiarità soggettive del malato considerato un individuo isolato dal suo contesto e che basa la propria cultura sulla comprensione della singola esperienza disincarnata dal suo sfondo sociale; una mente devastata, isolata, tra le tante), per meglio orientarsi in un ambiente oramai smodatamente dispersivo. Ci piace pensare che siano queste le ragioni che abbiano motivato Valéry (1973, 1974) a formulare la citazione:

“Tutte le volte che giudichiamo non raggiungiamo mai la profondità delle cose”.

Bibliografia

- ANGYAL, A. (1936), "The experience of the body-self in schizophrenia". In *Archives of Neurology and Psychiatry*, 35, pp. 1029-1059.
- ARLOW, J. *Unconscious Fantasy and Disturbance of Conscious Experience*, *Psychoanal.* Vol. 38, 1-27 (1969).
- ATWOOD G.A., STOROLOV R.D., *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*, Analytic Press, Hillsdale 1984.
- BALINT, M., *Trauma and Object Relationship*, *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 50, 429-435 (1969).
- BARON-COHEN, S. (1995), *Mindblindness. An Essay on Autism and Theory of Mind*, MIT Press, Cambridge.
- BEEBE, B., LACHMANN, F., *The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and object representations*, *Psychoanal. Psychol.*, vol. 5, 305-337 (1988a)
- BELL, D. (1990), *Husserl*. Routledge, London/New York.
- BERGER P.L., LUCKMANN, T. (1966), "*La realtà come costruzione sociale*". 2° edizione Tr. It. Il Mulino, Bologna 1973.
- BIBRING, E., *On the theory of the result of psychoanalysis*, *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 18, 170-189 (1937).
- BLANKENBURG, W. (1969), "Ansätze zu einer Psychopathologie des 'common sense'". In *Confinia Psichiatrica*, 12, pp. 144-163.

- BLANKENBURG, W. (1971), *“La perdita dell’evidenza naturale”*. Tr. It. Raffaello Cortina, Milano 1998.
- BOURDIEU, P. (1979), *La distinzione: critica sociale del gusto*. Tr. It. Il Mulino, Bologna 1983.
- BOURDIEU, P. (1980), *Il senso pratico*. Tr. It. Armando, Roma 2005.
- BRANDCHAFT, B., *The negativism of the negative therapeutic reaction and the psychology of the Self*, in Goldberg (1983).
- COTARD, J. (1882a), “Du délire de dénégation”. In *Archives de Neurologie* , 11, pp. 152-170.
- COTARD, J. (1882a), “Du délire de dénégation”. In *Archives de Neurologie* , 11, pp. 282-296.
- EILAN, N. (2000), “On understanding schizophrenia”. In ZAHAVI, D. (a cura di), *Exploring the Self. Philosophical and Psychopathological Perspectives on Self-Experience*. Benjamins, Amsterdam/Philadelphia, pp. 97-114.
- FAIRBAIRN, W.R.D., *The repression and the return of bad objects* (1943) [traduzione italiana *La rimozione ed il ritorno degli oggetti cattivi (con particolare riferimento alle “nevrosi di guerra”)*, in Fairbairn (1952)].
- FENICHEL, O., *Problems of psychoanalytic technique*, Psychoanalytic Quarterly, New York 1941 [traduzione italiana *Problemi di tecnica psicoanalitica*, Boringhieri, Torino 1974].
- FLASHMAN e GREEN, (2004).
- FREUD, S., *per gli scritti di Freud si fa riferimento all’edizione Boringhieri delle “opere” in volumi:*
- *Studi sull’isteria* (in collaborazione con J. Breuer) (1892-1895). Vol. I;

- *L'interpretazione dei sogni* (1899). Vol. III;
- *Analisi terminabile ed interminabile* (1937). Vol. XI.

GREENSON, R.R., *The struggle against identifications*, J. am. psychoanal. Ass., vol. 2, 200-217 (1954) [trad. it. *La lotta contro l'identificazione*, in Greenson (1978)].

HEIDEGGER, M. (1956), "Logos". In *Vortraege und Ausfsaetze*. Neske, Pfullingen.

HUME, D. (1739, 1740), *Trattato sulla natura umana*. Tr. It. Laterza, Bari 1987.

HUSSERL, E. (1959), *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*. Tr. It. Il Saggiatore, Milano 1987.

JASPERS, K. (1913), *Psicopatologia generale*. Tr.it. il Saggiatore, Milano 1964.

KLEIN, M., *Mourning and its relation to maniac-depressive states* (1940), [trad. it. *Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi*, in Klein (1921-1958)].

KOHUT, H., *Introspection, empathy and psychoanalysis* (1959) [trad. ital. *Introspezione, empatia e psicoanalisi*, in Kohut (1978)].

KOHUT, H., *How does analysis cure?*, University of Chicago Press, Chicago 1984 [trad. it. *La cura psicoanalitica*, Boringhieri, Torino 1986].

KRIS, E., *The recovery of childhood memories in psychoanalysis*, Psychoanal. Study Child, vol II, 54-88 (1956) [trad. it. *Ricupero di ricordi dell'infanzia in psicoanalisi*, in Kris (1975)].

KRYSTAL, H., *Integration and Self-Healing: Affect, trauma, alexithymia*, Analytic Press, Hillsdale 1988.

- LOCKE, J. (1688), *Saggio sull'intelligenza umana*. Tr. It. Laterza, Bari 1994.
- MARCEL, G. (1954), *Essere e avere*. Tr. It. Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 1999.
- MEAD, G.H. (1943), *Mente, Sé e Società*. Tr. It. Giunti Barbera, Firenze 1966.
- MERLEAU – PONTY, M. (1945), *Fenomenologia della percezione*. Tr. It. Il Saggiatore, Milano 1972.
- MODELL, A., *The “holding environment” and the therapeutic action of psychoanalysis*, J. am. Psychoanal. Ass., vol. 24, 285-307 (1976).
- ORNSTEIN, A., *The dread to repeat and the new beginning*, Ann. Psychoanal. Vol 2, 231-248 (1974).
- PARNAS, J. (1999), “From predisposition to psychosis. Progression of symptoms in schizophrenia”. In *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(395), pp. 20-29.
- PARNAS, J. BOVET, P., (1991), “Autism in schizophrenia revisited”. In *Comprehensive Psychiatry*, 32, pp. 1-15.
- PLOTKIN, H. (1997), *Evolution in mind*. Penguin, London.
- RACAMIER, (1992).
- SANDERS, L., *Recognition process*, Relazione al convegno della University of Massachusettes sulla vita psichica del lattante, Amherst, 28-30 giugno 1991.
- SASS, L. A. (1992), *Madness and Modernism: Insanity in the Light of Modern Art, Literature and Thought*. Basic Book, New York.

- SASS, L. A. (1994), *The paradoxes of Delusion. Wittgenstein, Schreber and the Schizophrenic Mind*. Cornell University Press, Ithaca/London.
- SASS, L. A. (2000), "Schizophrenia, self-experience and so-called 'negative symptoms'". In ZAHAVI, D. (a cura di), *Exploring the Self*. John Benjamins Publishing Company, Amsterdam/Philadelphia, pp. 149-182.
- SCHUTZ, A. (1995), *Don Chisciotte e il problema della realtà*. Tr. It. Armando Editore, Roma 1955.
- SCHUTZ, A. (1971), "L'interpretazione dell'azione umana da parte del senso comune e della scienza". In *Saggi Sociologici*. Tr. It. UTET, Torino 1979.
- SCHWABER, E., *Psychoanalytic listening and psychic reality*, Int. Rev. Psycho-Anal., vol.10, 379-392 (1983).
- SCHWARTZ, M. A., WIGGINGS, O. P., SPITZER, M. (1997), "Psychotic experience and disordered thinking: A reappraisal from new perspectives". In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 3, pp. 176-187.
- SHANE, E. e SHANE, M., *Object loss and Self-object loss*, Ann. Psychoanal., vol. 18, 115-131 (1990).
- SLAP, J., *Implications for the structural model of Freud's assumptions about perception*, J. am. Psychoanal. Ass., vol 35, 629-645 (1987).
- SOCARIDES, D. D. e STOROLOW, R.D., *Affects and Self-objects*, Ann. Psychoanal., vol. 12-13, 105-119 (1984-1985).
- STANGHELLINI, G. (1997a), *Antropologia della vulnerabilità*. Feltrinelli, Milano.

- STANGHELLINI, G. (1997b), "For an anthropology of vulnerabilità". In *Psychopathology*, 30, pp. 1-11.
- STANGHELLINI, G. (2000a), "Vulnerabilità to schizophrenia and lack of common sense". In *Schizophrenia Bulletin*, 26, pp. 775-787.
- STANGHELLINI, G., BALLERINI, M. (2000), "Dis-sociality: The Phenomenological Approach to Social Dysfunction in Schizophrenia". In *World Psychiatry*, 1,2, pp. 102-106.
- STERBA, R., *The fate of the ego in analytic therapy*, Int. J. Psychoanal., vol. 15, 117-126 (1934).
- STERN, D.N., *The interpersonal world of the infant*, Basic books, New York 1985 [trad. it. *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987].
- STONE, L., *The psychoanalytic situation*, International Universities Press, New York 1961 [trad. it. *La situazione psicoanalitica*, Piccin, Padova 1986].
- STOROLOW, R.D., BRANDCHAFT, B. e ATWOOD, G., *Developmental failure and psychic conflict*, Psychoanal. Psychol., vol. 4, 241-253 (1987).
- STOROLOW, R.D. e LACHMANN, F., *Psychoanalysis of developmental arrests: Theory and treatment*, International Universities Press, New York 1980.
- VALÉRY, P. (1973-1974), *Cahiers*. Gallimard, Paris.
- VICO, G.B. (1744), *La scienza nuova*. Rizzoli, Milano 1977.

WITTGENSTEIN, L. (1953), *Ricerche filosofiche*. Tr. It. Einaudi, Torino 1967.

WITTGENSTEIN, L. (1969), *Della certezza*. Tr. It. Einaudi, Torino 1999.

WITTGENSTEIN, L. (1980), *Osservazioni sulla filosofia della psicologia*. Tr.it. Adelphi, Milano 1990.

ZETZEL, E., *Current concepts of transference*, Int. J. Psychoanal., vol. 37, 369-376 (1956).