

Fenomenologia del mondo vissuto: costituzione psicopatologica del mondo clinico

Gilberto Di Petta, Napoli

Sono uscito dalla caverna quando era ormai buio, non ti ho trovata... avrei percorso il *mondo* intero per tè... ho deciso di ritornare... per vedere se mi riusciva di trovarti... ho incontrato una donna che mi ha indicato dov'eri; ha detto che mi hai atteso per tutti questi giorni... Resterò seduto qui, al tuo fianco, finché rimarrai di fronte a questo fiume. E se tè ne andrai a dormire, io dormirò davanti alla casa dove vivi. E se tu partirai, io seguirò i tuoi passi, fino a quando mi dirai: «Va' via». Solo allora me ne andrò. Ma ti amerò per il resto della vita.

(Paulo Coelho, *Sulla sponda del fiume*
Piedra mi sono seduta e ho pianto)

La nozione di «mondo clinico» non preesiste, nella sua complessa fenomenologia, alla *costituzione* psicopatologica: si tratta qui, quando si accede alla *clinica* del paziente *costituita* in *mondo* della persona, di un qualcosa di radicalmente altro rispetto alle concettualizzazioni usuali, sia tradizionali che attuali.

È solo la psicopatologia che, accostandosi-a, penetrando *intuitivamente* e descrivendo *comprensivamente* i fenomeni clinici, *costituisce* quella peculiare forma strutturale *gestaltica* che si intende qui come *mondo* (il *fenomeno* del mondo, ovvero il suo *manifestarsi* alla coscienza che lo *intenziona* come *presenza*). Questo passaggio dal

piano *unidimensionale* della sintomatologia clinica (delirio, allucinazione, ossessione, eccitamento, depressione) alla complessità multidimensionale del *mondo*, non è un'operazione semplice, né, purtroppo, semplificabile (non ulteriormente *riducibile*).

Concepire come *mondo*, cioè come un *tutto* coerente dotato di *sensu*, ma anche come una dimensione *progettuale* (1) una congerie di elementi rilevati dalla semeiotica clinica, significa compiere, rispetto alla ricognizione clinica di base, un atto ulteriore, cioè arrivare a pensare l'impensato e obbligare a riscrivere tutto il processo delle cose e delle idee precedente a tale chiarificazione.

Si deve tener conto, naturalmente, del fatto che già il livello della *clinica* è molto elaborato rispetto alla rilevazione percettiva dei dati elementari. La semeiologia e la metodologia dell'esame fisico e psichico del paziente non sono, di per sé, ancora *clinica*. La clinica, nella sua accezione più matura, già presuppone una infrastruttura teorica solida e in grado di reggere il *piano interpretativo* rispetto alla pur accurata raccolta dei dati elementari: ma tutto ciò non è ancora *mondo*.

Il *clinico* non è ancora *fenomenologo*: il clinico costruisce sindromi coerenti, organiche, repertabili, là dove il fenomenologo vede *mondi*, ovvero rende possibile, con un atto ardito sul piano umano e scientifico, anche alle *esistenze cliniche* di costituirsi in *visioni del mondo* (2).

Questo significa che la nozione di *mondo* non è né derivabile deduttivamente né costruibile induttivamente. Il mondo viene generato o *costituito* solo dall'accordo (riso- nanza o consonanza) categoriale che scaturisce dall'*incontro* tra l'essere umano che è nella situazione di psicopatologo e l'essere umano che è nella situazione di paziente. La nozione di mondo si pone, dunque, all'apice della psicologia e della psicopatologia comprensiva: è il suo capolinea, ma, al tempo stesso, anche il nastro di partenza per tutte le progressioni ulteriori.

Costituito il *mondo* della persona, tutti i contatti saranno sempre, da allora in poi, con quel particolare e proprio *mondo*, e non con aspetti singoli e slegati della persona. L'idea di mondo come *apriori* esistenziale, ovvero come «terreno» della vita umana nel mondo (3), zona dell'espe-

(1) La *Weltentwurf* di Heidegger e Binswanger, recentemente rivisitata da M. Herzog: *Weltentwürfe*, Berlin, de Gruyter, 1994.

(2) W. Dilthey (1883), *Introduzione alle scienze dello spirito*, Firenze, La Nuova Italia, 1974; K. Jaspers (1919), *Psicologia delle visioni del mondo*, Roma, Astrolabio, 1969.

(3) E. Husserl (1936), *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Milano, Il Saggiatore, 1971.

rienza intuitiva, è, rispetto alla ricaduta clinica, una delle più fertili dell'originale fenomenologia husserliana. *Mondo* è allora una qualcosa che si abbraccia nello sguardo d'un istante omnicomprensivo, mondo è, perciò, sia *Wm-greifende* di Jaspers, sia il pre-categoriale e il pre-riflessivo di Husserl.

La nozione di *mondo*, nell'accezione qui intesa, è stata elaborata a cavallo tra la fenomenologia husserliana del mondo-della-vita e l'ontologia fondamentale di Heidegger centrata sull'essere-nel-mondo. La nozione di mondo *riassume* (nel senso che *risolve*) la scissione platonica e cartesiana di soggetto e oggetto, di anima e corpo, di psiche e soma, di cervello e mente, di patologia e normalità, sulle quali sono incagliati da secoli i saperi dell'uomo. Essa riassume questi scismi non nel senso che li compone in una sintesi, ma nel senso che li liquida come artefatti, creati per ottenere visuali ridotte e parziali di quel fenomeno vivente che è l' *essere-umano-in-situazione* (io-con-gli-altri-nel-mondo).

Ma provo, adesso, a collocarmi, incontrando *clanicamente* un'esistenza umana, al passaggio tra un «mondo comune» che *apocalitticamente* finisce (4) e un «mondo proprio» che *apofanicamente* comincia (5).

(4) B. Callieri, «Contributo allo studio psicopatologico dell'esperienza schizofrenica di fine del mondo», *Arch. di Psicol., A/eurol., Psich.*, 4-5, 1955, pp. 15-39; K. Conrad, *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*, Stuttgart, Thieme, 1958; E. Borgna, *Come se finisse il mondo*, Milano, Feltrinelli, 1995.

(5) K. Conrad, *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*, op. cit.

Giuseppe ha venticinque anni, è alto, magro, delicato nei lineamenti, con lo sguardo distante. Viene ricoverato nel reparto della clinica psichiatrica universitaria in condizioni di urgenza, una notte in cui sono di guardia, «scortato» dal padre e dai due fratelli maggiori. Il padre rimane a vegliarlo e a controllarlo, da allora, tutte le notti che può, con estrema, quasi materna, apprensività. Il ricovero è motivato dal fatto che Giuseppe, poco prima, eludendo la marcatura *ad uomo* applicatagli, era sgattaiolato dal letto e si era calato, in un lampo e, miracolosamente, senza lesionarsi, dalla finestra sulla strada a circa tre metri di sotto.

È una notte gelida, di fine dicembre, una delle più fredde di tutto l'inverno. Tutti sono nelle loro case, c'è il clima raccolto e familiare delle giornate tra Natale e Capodanno, il cuore della festa in una cittadina del Sud. Giuseppe è scalzo, ha solo il pigiama. Egli è solo e finalmente *libero*. Ci sono intorno i comignoli che fumano e l'odore della legna e della cucina nell'aria. Giuseppe non sente e non vede nulla, cammina a passo spedito. Niente può fermarlo. La temperatura è sotto lo zero. La meta è, ancora una volta, la stazione ferroviaria. Ha sentito di nuovo quell'ord/ne imperativo di andare, andare *via da casa*, e non può e non vuole sottrarsi. Non sente, sotto le piante dei piedi nudi, il freddo e i tagli della strada sbrecciata, non sente il vento sul petto, non lo spaventa il buio. Cammina sempre più spedito verso la periferia. Le luci via via si rarefanno, ma lui non ha bisogno di luci, segue una sorta di faro interno, sa *che*

deve andare. I familiari non capiscono. L'avevano riportato sopra dall'altra, precedente fuga, a viva forza, l'avevano preso in consegna. Ma, questa «di dentro» è, per Giuseppe, una consegna che rompe tutte le altre. Solo così può redimersi e redimere. Ma perché possa redimersi deve arrivare fino in fondo, vedere cosa c'è al termine della sua fuga. E il suo viaggio di perdizione e redenzione deve compiersi fuori dalla sua famiglia. La prima fuga gliel'hanno interrotta, l'hanno fermato. Aveva già raggiunto la stazione, vagava tra i treni, forse per cercare qualcosa, forse per partire, forse per morire. Gli altri, dopo, cercheranno solo, affannosamente quanto inutilmente, di ricostruire i piani della sua mente, dopo che sono accaduti i fatti, di processare le sue intenzioni. Così la Polfer voleva a tutti i costi sapere se lui l'aveva o no l'intenzione di suicidarsi. Il padre e i fratelli, per fermare il traffico ferroviario, avevano dichiarato che c'era un'evenienza suicidaria. Così Giuseppe aveva vagato per ore, prima che lo trovassero, tra i treni fermi. Che assurdo era vedere la stazione ferroviaria nel silenzio, tra i treni fermi. Com'era possibile che tutto il movimento del *mondo* all'improvviso s'era fermato. Giuseppe non capiva. Forse era anche quello per lui, sì, forse un segno, era un *segno*. *C'era* tutto un clima di *attesa*, un'attesa spasmodica: tutto e nulla poteva succedere, da un momento all'altro. Dentro di lui e fuori di lui era la stessa cosa. Senza lo sferragliare ed il fischiare dei treni si sarebbe sentito ancora di più, netto e corto, quel *comando*, come al mattino, in caserma, all'alzabandiera, nel silenzio ancora ghiacciato delle sette, la voce stentorea dell'ufficiale di picchetto che tagliava l'aria secca come uno sparo e tutto il plotone adunato si muoveva all'unisono, come un uomo solo. Giuseppe riconosceva inconfondibilmente quel *tono di comando* che per tre anni aveva scandito tutti i gesti delle sue giornate. Adesso era un uomo solo, alla sua prima ed ultima, alla sua unica missione, e con lui erano tutti gli altri, perché lui era, in quel momento, tutti gli altri, e tutti gli altri erano lui. Ma non capivano, ora, che tutto doveva continuare normalmente, che solo lui stava seguendo la sua pista, perché erano così duri con lui? Così preoccupati? Egli sapeva benissimo cosa stava facendo, anche se non poteva spiegarlo, perché non sapeva proprio quei dettagli inutili che tutti volevano sapere da lui. Non lo sapeva ne *dove*, ne *come*, ne *quando*. La voce arriva quando arriva, e dice quello che deve dire, da gli ordini che deve dare. Quella volta, la prima, la voce aveva detto: «*Toma, toma a casa, Giuseppe, ora puoi tornare*». Questa era la differenza con prima: nel cortile della caserma, alle sette di ogni mattino, loro, il plotone adunato, sapevano esattamente il tono, il contenuto, l'istante in cui la voce dell'ufficiale, come un tuono a ciel sereno, avrebbe tagliato il silenzio. I muscoli ed i nervi erano tesi e pronti a scattare. Con tre gesti precisi e simmetrici il fucile si sarebbe allineato con l'asse mediano del corpo mentre la bandiera saliva sventolando verso la vetta dell'asta. Ora era diverso. Non sapeva a quale comando avrebbe obbedito. Era una missione segreta. Il contenuto degli ordini si sarebbe appreso all'ultimo minuto, o forse già *in azione*. Ecco perché non poteva addurre motivazioni. Poi aveva capito che gli altri tanto non capivano, e allora faceva un sorriso di circostanza, distaccato, e tutto passava come una bravata, una ragazzata. Ma la Polfer non lo voleva rilasciare, dopo che l'avevano trovato così, svanito e senza ragioni plausibili, a vagare per i binari, tra quei treni inspiegabilmente fermi. Il padre, poi, aveva firmato, se l'era preso in consegna insieme ai fratelli. Questo significava, però, guardato a vista, marcato stretto anche nel bagno, non

più passeggiate da solo, medici e medicine. La *chiamata* non si sa quando arriva, non si sa da dove, non si sa per dire cosa. Ma arriva. Con la regolarità di quell'alzabandiera alle sette di ogni mattino. E quando la chiamata arriva, si può solamente obbedire. Quella sera la chiamata era arrivata. Giuseppe vagava fra i treni attendendo gli ordini. Aspettava. Come aspettavano gli altri. E così, ancora, quella sera del ricovero si era messo a letto. Aveva spento anche la luce. Tutto sembrava tranquillo, i fratelli, il padre e la madre, tutti tranquilli. Finché, all'improvviso, il *comando*. come una fiammata che lacera la mente, era di nuovo lui, lo riconosceva, lo chiamava, *bisognava* andare. Così l'avevano ricoverato, spaventati dalla sua determinazione e dalla sua straordinaria capacità di eludere la sorveglianza. L'avevano tutti sottovalutato, in famiglia, il piccolo Giuseppe, per loro era sempre l'ultimo figlio e il fratellino da proteggere, l'inadatto alla durezza della vita militare, il sensibile, il religioso. Adesso li stravolgeva tutti con la sua doppiezza, con la sua lucidità, con la straordinaria capacità di controllo che aveva della situazione, con il mutismo che opponeva, con quello sguardo gelido della persona determinata a tutto e luminoso di colui che finalmente ha *tutto compreso* in un solo colpo.

Il tutto era cominciato la vigilia di Natale, nella Notte Santa: Giuseppe era caduto in ginocchio, come folgorato, con gli occhi sbarrati ed era rimasto immobile. Chiedeva solo perdono. Quello era il *Des Irae*, aveva così contemplato attonito per quarantotto ore lo spettacolo della *fine del mondo*. Solo lui se ne era accorto. Ora, in clinica, il contenimento si è fatto più sicuro. Oltre l'anelito familiare c'è quello degli infermieri e poi quello dei medici che si avvicendano al suo capezzale. Con l'inizio della terapia neurolettica la sintomatologia pare regredire. Ma in realtà Giuseppe ha incapsulato il suo sistema delirante mistico su di un altro registro. Ecco perché quando parlano con lui i medici non lo trovano. Egli vive, di fatto, già al confine tra due mondi. Compare la febbre. I neurolettici vengono sospesi. Si fanno indagini ematochimiche. Sono alterati moderatamente gli indici di citolisi epatica, c'è un movimento dei bianchi. Torna in auge anche l'ipotesi organica formulata alla prima ora da un neurochirurgo. Intanto, dopo la sospensione dell'aloiperidolo, Giuseppe perde quel controllo che aveva acquisito sulla sua realtà interna in eruzione. Sente nuovamente la chiamata. Imperativa. «*Chinati a terra e lecca con la lingua il pavimento*»; «*Esci dalla stanza e cammina nudo per il reparto*». Questi imperativi lo squassano soprattutto al cospetto dei suoi, quasi a contrastare le sue residue, tenaci resistenze alla vocazione. È davanti a loro che lo Spirito si manifesta, che egli diventa devoto servitore, capro espiatorio e liberatorio, agnello di Dio.

Da qualche tempo Giuseppe ha iniziato a pensare che la sua missione terrena deve consistere in una operazione di *catarsi* e di *redenzione*, prima di se stesso e poi degli altri. Egli deve purificarsi e pentirsi per poter diventare strumento all'interno del quale la Grazia può operare il proprio miracolo, trasformandolo in degno figlio di Dio, figura specchio di Cristo stesso. Uscire via, lasciare la propria dimora e farsi *viandante della fede*, predicare e portare l'annuncio che egli stesso ha ascoltato, diffondere *la voce* che lo ha toccato ad altre orecchie, sanare altre genti. Egli sente, sempre più prepotente, la vocazione al sacerdozio. La sua militanza non doveva essere, dunque, per un esercito qualsiasi, ma doveva essere orientata alla salvezza.

Scorporare i gesti e i comportamenti di Giuseppe da questo *orizzonte mondano*, che è quello della *salvezza* e della *purificazione*, significa

consegnarli all'insensato, privarli di ogni loro possibilità di lettura. Il *mondo* nel quale si svolge l'esistenza più intima e segreta di Giuseppe, è, da ora, il mondo della *colpa* e della *purificazione*, dal quale sorgono i comandi, le ingiunzioni, i commenti, che sono tutti orientati a fini *salvifici*. Il nuovo mondo di Giuseppe è così subentrato al suo vecchio mondo. Non più una vita fallimentare sotto la coltre protettiva e limitante dei familiari, che dopo i successi sociali dei primi due figli si accontentano di tenersi così com'è il terzo, l'ultimo, il buono. Non più isolamento dai coetanei e dai loro divertimenti insensati, non più il disagio delle occasioni femminili mancate. Finalmente tutto questo si è sgretolato. È stato terribile assistere impartecipi alla disintegrazione di questo mondo, ma il nuovo che si è annunciato è ricco e splendente, è luminoso, di una luce che vince il freddo e le tenebre, che supera la perdizione del peccato, che, attraverso la totale purificazione dalla colpa, avvia al cammino salvifico, alla gloria della grazia. *Nella limitatezza della propria vita umana, che altri hanno già decretato come una vita di seconda o di terza mano, Giuseppe tenta la via dell'eternità.* Egli ha trovato, guidato e illuminato, il contatto con una realtà trascendente che gli altri non percepiscono, finalmente la forza di ergersi ad *artefice* della propria vita, accettando il proprio destino, il sacrificio a cui è chiamato e votato. Nella Notte Santa, quando nasce il Redentore, Giuseppe rinuncia alla sua vita per la chiamata. Si compie finalmente, così, in una notte di terrore e di sacralità, quello che oscuramente egli aveva presentito da tanto tempo; ecco che, solo allora, le ragioni della sua *diversità umana* vengono a galla. Egli è nel mondo ma non è del mondo. Perché lo ostacolano, cosa vogliono, non capiscono quanto male alberga nei loro cuori, non vedono come sono impuri, non si rendono conto? Ma egli deve perdonare perché loro non sanno quello che fanno. La notte del ricovero nella mente di Giuseppe è già tutto chiaro, egli può guardare il sole con lo sguardo fisso senza bruciarsi gli occhi. Inizia concretamente il suo martirio. Inizia il suo processo. Egli pagherà, sarà sacrificato. Non capiranno mai. Nessuno è in grado di sintonizzarsi con la grandezza del suo sacrificio. Con tutto l'amore che egli vuole e che loro gli vogliono, neanche i suoi familiari capiranno. E se non capiscono i suoi familiari cosa possono capire i medici, che sono per giunta estranei, ancora più estranei al suo *mondo*? Egli perdona tutti perché intuisce la loro buona fede, credono realmente che quello è il modo migliore per aiutarlo, ma in realtà stanno impedendolo, vogliono bloccare la sua missione. Ora è solo, solo con Dio, solo verso la luce, vuoi dire che soffrirà anche per loro, della loro e per la loro inconsapevolezza, per la loro falsa coscienza. Con l'inizio del suo martirio inizia anche il suo processo di purificazione; per la sua missione, infatti, egli deve essere puro come uno spirito. Il *mondo* di Giuseppe da ora per sempre è il *mondo mistico*. Anche parkinsonizzato dall'alooperidolo, Giuseppe cammina per il reparto sereno e distante, non relaziona con gli altri, guarda la televisione senza vederla, è tutto dentro di sé. Egli, orgoglioso, solitario e sprezzante della sofferenza, tiene per sé la scia di quella che ora sarà la sua vita, cometa che sfilava verso un firmamento di stelle irraggiungibili. La condizione di stallo della degenza viene sbloccata dall'inizio del digiuno. Giuseppe rifiuta ostinatamente il cibo tutti i giorni della settimana tranne la domenica, giorno del Signore, nel quale anche il sacrificio può essere sospeso. L'ostinazione al digiuno disorienta *Véquipe* curante. Vengono praticate le sacche parenterali a causa del rapido defedamento di

Giuseppe e viene aumentato il dosaggio dell'aloiperidolo. Dopo qualche settimana, stranamente, Giuseppe smette il digiuno. La sua comunicazione spontanea si azzera, le risposte al colloquio si fanno monosillabiche. Si ha l'impressione che se ne sia andato ancora più lontano. Sul suo volto si dipinge un'espressione stereotipa di beatitudine. Si dichiara felice. I genitori e i curanti esultano per l'apparente miglioramento del sintomo anoressico maggiormente disturbante e pericoloso, per l'apparente scomparsa delle idee deliranti, per il fatto che Giuseppe non appare incoerente e dissociato. Essi ignorano che Giuseppe, dopo aver lanciato una serie di messaggi che sono rimasti indecodificati ed inascoltati, si è congedato. Da un punto di vista clinico si potrebbe dire che Giuseppe, dopo l'esordio catatonico ed un rapido quanto intenso attraversamento paranoide, si va avviando verso un'evoluzione efebrenica o difettuale, ma si tratta ancora di parametri di valutazione troppo esterni. Non fa alcuna differenza tra il muro del manicomio, la pellicola neurolettica che fascia il delirio e l'allucinazione fino ad ovattarli e opacarli, e il muro dell'incomprensione. Solo l'aggancio su un piano umano e interlocutorio avrebbe potuto, forse, frenare dolcemente la parabola schizofrenica di Giuseppe. Ma questo avrebbe comportato una radicale e costosa dislocazione di posizione *aWéquipe* curante e alla famiglia. Se non andiamo verso la schizofrenia, la schizofrenia non verrà verso di noi. L'incontro è sempre a mezz'aria.

Da psicopatologo, incontrando la follia dell'altro *sub specie clinica*, cogliendo un'atmosfera dopo l'altra, metto a fuoco, finalmente, un *mondo*. E qualcosa che già mi sforzavo di vedere con gli occhi della formazione *clinico-nosografica* (neuropsichiatrica), ma che non emergeva.

Dire *contenuto delirante mistico* non è ancora come dire *mondo mistico*. Ora che mi pare di averlo penetrato dall'interno di me, ecco che quelle immagini che si erano sovrapposte si scontornano dalla nebulosa dell'incomprensibile, e coalescono in un *eidos* finale: quello di Giuseppe è un *mondo* altro dal mio, è un *mondo* che, cionondimeno, ha una sua valenza umana specifica e, addirittura, una sua congruenza epistemica.

Lo studio della psicosi allo stato iniziale, sul piano dinamico-strutturale (6), gestaltico (7), formale (8), esistenziale e trascendentale (9) ha indicato alcuni momenti *essenziali* che *segnano* la transizione dall'universo sparente della /co/non/a a quello dell'esperienza privata che si *costituisce* a mondo-della-persona, *partitura* cifrata di un'esistenza che solo la psicopatologia può leggere. La genesi del delirio è, sul piano *trascendentale*, un'operazione fondata-va, costruttiva e *costitutiva* di una nuova realtà. Lo stato d'animo delirante (10) come fase di sospensione di tutti i

(6) W. Janzarik (1968), *Schizophrene Verläufe. E/ne struk-turdynamische Interpretation*, Berlin, Springer.

(7) K. Conrad, *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*, op. cit.

(8) B. Callieri, «Contributo allo studio psicopatologico dell'esperienza schizofrenica di fine del mondo», op. cit.; E. Bor-gna, *Come se finisse il mondo*, op. cit.

(9) L. Binswanger (1942), *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*, Zürich, Niehans; W. Blankenburg (1971), *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien*, Stuttgart, Enke.

(10) B. Callieri, «Aspetti psicopatologici e clinici della Wahnstimmung», in *Psychopathologie Heute*, a cura di H. Kranz, Stuttgart, Thieme, 1962, pp. 72-80.

significati (come sinistra atmosfera in cui l'esser-noto delle cose svanisce) l'esperienza di fine del mondo come esperienza della *consumazione* di questa catastrofe, l'aurora delirante come momento *apofanico* (11) in cui il senso nuovo delle cose risorge, sono le esperienze interne che la psicopatologia ha chiarificato dando loro il valore di autentiche *condizioni di possibilità* per la ricostituzione del *mondo*. Il fatto che ogni uomo debba *necessariamente* vivere in un mondo come se vivesse, appunto, in una sorta di *milieu interieur*, è evidenziato, in questa transizione, dall'angoscia di separazione e dall'angoscia di frammentazione che segnano l'abbandono del vecchio mondo e dalla gioia ispirata che caratterizza, invece, l'ingresso in un'altra dimensione mondana. Di contro, il trattamento *aspecifico* con neurolettici contrasta e smantella parti e pezzi dell'universo delirante; ovvero tenta una disgregazione di questo tanto costosamente neoformato *mondo*, probabilmente riducendo l'intensità dell'investimento cognitivo e affettivo sul sistema. Il soggetto viene così, però, a perdere la certezza evidente delle cose. Egli recede o rimane cronicamente e artificialmente in una fase di *perplexità* (12) che, a parte momenti sempre più sporadici di riaccensione o riacutizzazione delirante, esita in una condizione di indesertimento e di depauperamento anche cognitivo.

Il risultato raggiunto dalla psichiatria attuale è il seguente: gli psicotici vengono privati dei loro mondi, senza essere però restituiti alla perdita *koinonia* e senza che sia data loro la possibilità di costruirsi un altro *mondo*, intermedio tra il delirio insostenibile e la realtà irrecuperabile. Queste persone vengono, di solito, messe in una condizione di apatia-abulia-acinesia chimica nella quale stazionano tutta la parte più creativa della loro vita, fino ad accedere ad una condizione terminale geriatrica.

In alcuni casi si nota una resistenza ad oltranza al trattamento neurolettico, e pertanto il sistema delirante viene salvaguardato fino alla condizione senile e, incredibilmente, a volte esso sventa anche lo spopolamento neuronale, mantenendosi pertanto integro e attivo. Sono casi, questi, di floridità psicotica protratta oltre i limiti della cronicità, che ci fanno capire come il *delirio* sia, in realtà,

(11) K. Conrad, *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*, op. cit.

(12) B. Callieri, «La perplexità. Note di psicopatologia fenomenologica», *Atti del Congresso: International Phenomenological Research Conference, Catania, 26 settembre/2 ottobre 1977*.

veramente *mondo*, e come una persona non possa dismettere così il mondo nel quale abita, l'unico che gli è rimasto.

È Binswanger, psichiatra clinico allo «scomodo» crocevia tra Husserl e Heidegger, il primo ad accostare la nozione già fenomenologica ed esistenzialistica di *mondo* alla straordinariamente ricca congerie dell'esperienza *clinica*, in specie quella psicotica. Binswanger si sforza di rinvenire la *costituzione progettuale del mondo* tra i disordini dell'ideazione e le turbe della percezione, cioè si sforza di rinvenire un principio ordinatore e costituente pur nell'apparente caos, come qualcosa che riveli, nonostante tutto, il segno di una *presenza* umana ancora vigile. Le storie cliniche binswangeriane vengono scritte come esistenze *pluridimensionali*, non come anamnesi patologiche (cioè come storia naturale, *bios*). In esse il filo della storia non è mai lineare (la *cronaca* dei fatti) ma si allarga, piuttosto, ad *orizzonti prospettici* subentranti, si fa storia di vissuti: è questa la *storia inferiore della vita* (13), dove il destino umano si rivela, ora luminoso ora sinistro, in un accadimento che è sempre, fundamentalmente, evento interno (14). Ogni *mondo* si articola, allora, attorno all'asse spinale del suo proprio e intimo, personale e autentico, *progetto*. È il progetto che deve essere rinvenuto, come una trama ed un'ossatura, è solo attorno ad esso che lo psicopatologo ed il paziente possono strutturare un *mondo*. Questa trabecolatura progettuale, in chiave fenomenologica, è sempre, anche, *prospettiva temporale*. Allora anche un progetto abortivo o bizzarro, strambo o manierato di *mondo* è pur sempre un progetto, ed il *mondo* che lo costella è pur sempre un *mondo*. Così le sintomatologie si staccano dal piatto della nosografia ed improvvisamente si animano, lasciano scorgere la *persona* dietro lo sfondo della patologia e dei supposti rimandi anatomici. *Mondo* è linguaggio, discorso, gesto. *Mondo* è sempre semantica, *mondo* è esistenza. La nozione di «mondo clinico» è comprensiva allora anche di tutto ciò che è extra-clinico, perché essa non è mai nosografizzante o nosografizzabile. La nozione di *mondo clinico*, allora, parte dalla clinica, nel senso che la riflessione dello psicopatologo *rincontro* tra psicopatologo e paziente) (15) inizia

(13) L. Binswanger, «Lebensfunktion und Innerelebensgeschichte», *Mnschr. Psychiat. u. Neurol.*, 63,1928, pp. 52-79.

(14) E. Straus (1930), *Geschehen und Erlebnis*, Berlin, Springer, 1974.

(15) G. Di Fetta, «La descrizione dell'incontro in psicopatologia clinica», in *Breviario di Psicopatologia*, a cura di A. Ballerini e B. Callieri, Milano, Feltrinelli, 1996, pp. 59-78.

nel momento in cui l'esistenza del paziente si *clinicizza* (si fa sintomatica sporgendo dal flusso della normalità), ma prosegue attraverso la ricostituzione della *sindrome* in *mondo*, consentendo il ritorno di tutta la clinica alla vita, come un *circolo ermeneutico*. Il paziente arriva portando un sintomo e, invece di essere ridotto a sintomo, diventa, nella *ricostituzione* psicopatologica, interprete e attore di un mondo che è, finalmente, il suo-proprio, è il *dove* del suo stare (16), è il *quando* del suo vissuto (17). La nozione fenomenologica di *mondo*, che la psicopatologia rinviene anche nella versione *clinica*, taglia la testa a tutte le disquisizioni attuali tra i nosologi: *categoriale* o *dimensionale*, ad esempio, ma marginalizza anche il concetto di *multiassialità* o di *comorbidità*, che sembrano essere gli organizzatori più innovativi delle sistematiche contemporanee. Ma non per questo il *mondo* è qualcosa di aspecifico. Quando dico *mondo* è come quando dico *corpo*, *spazio*, *tempo*: posso parlare sempre e solo del *mio* mondo, del *tuo* mondo, o, quando possibile, del *nostro* mondo.

Lontano dall'essere un'immagine statica il *mondo* è processo, è flusso, è declinazione, è prospettiva, è orizzonte, è storia, è visione, è fatticità, è ricerca. Il *mondo* è la persona. Se il *mondo* si svela anche nel sogno, il delirio è mondo.

(16) J. Zutt, *Aufdem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie*, Berlin, Springer, 1963.

(17) E. Minkowski, *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, Torino, Einaudi, 1968.

Ma, tornando per una comparazione alla medicina clinica, forse l'universo di segni e di sintomi della malattia del corpo, del corpo malato nei suoi organi, non poteva, neanche volendo, strutturarsi come vero e proprio *mondo*, inteso come totalità esistenziale della persona. L'organo colpito consente più facilmente una circoscrizione dell'esperienza ed un parziale adattamento della vita o del mondo in cui si viveva precedentemente alla malattia con le condizioni successive dettate dalla *functio laesa*. Con la sensibilità fenomenologica odierna, certo, potremmo parlare anche di *mondo* del cardiopatico e di *mondo* dell'epatopatico. Ma un *mondo* più è caratterizzato quanto più è un *mondo* proprio e privato, quanto più esso si discosta dalla /co/non/a, ovvero dalla possibilità di vedersi rappresentato nel rimando degli altri mondi. In questo

senso il mondo del cardiopatico sarà tanto più plastico e figurato quanto più l'elemento oggettivo (cardiopatia) sarà intriso dalla rielaborazione soggettiva. Piuttosto, compiendo un'operazione un po' al margine dal filo di questa trattazione, si può dire che l'epatopatia o la cardiopatia compaiono ad un *certo punto* come un precipitato dell'economia e della storia *mondane* di quella persona, che, con la persona stessa, *preesistono* alla patologia d'organo. I medici clinici che hanno avuto in cura per anni centinaia di pazienti affetti da quella o quell'altra patologia specifica o sistemica non hanno difficoltà a visualizzare molti pazienti specifici che *interpretano* a loro modo un *mondo*, nei quali cioè *quella* patologia diviene *modo e tempo*, in cui si declina, monocordemente, tutto il *verbo* della loro esistenza. Questo, quando si verifica, depone per il fatto che quella patologia determinata va, in qualche modo, a completamento di *quel* mondo. Pertanto il grado di accordo che ne risulta tra mondo del paziente e comportamento dettato dalla presenza di quella patologia d'organo è perfetto. Il giunto inestricabile tra patologia medica e personalità umana diventa il sigillo stesso del *mondo*.

Ad ogni modo, tralasciando la questione della patologia somatica o psicosomatica, è solo con l'assunzione della follia in ambito clinico che la nozione di *mondo* si è strutturata ai livelli di complessità cui si è accennato. In altri termini, in assenza di reperti per così dire oggettivi o oggetti-vabili, si è aperto lo spazio per una maggiore articolazione dialettica: è stato il riscatto del senso di contro al meccanicismo deterministico o casuale dell'evento *di natura*.

Nello specifico, il fallimento del riduttivismo neurologico della psichiatria ha favorito in modo decisivo lo sviluppo dell'approccio comprensivo e, quindi, la *costituzione* della nozione *clinico-esistenziale* di mondo. Questo nuovo spazio/tempo umano (la presenza-al-mondo) si è aperto per il patologo ma anche per il paziente. La psicopatologia, dandosi come *discorso dell'intersoggettività* tra due interlocutori sulla loro esperienza interna, ha aperto la possibilità di investigare il senso delle esperienze al di là di ogni loro possibile o necessario ancoraggio oggettivo, ricercato a tempo pieno dalle scienze positive. È proprio

questo svincolo a dare la possibilità di *costituire* quel mondo, che si chiamerà, per comodità di intendimenti, «clinico» ma che non ha necessariamente più a che vedere con l'utilizzo che del termine viene fatto in senso medico stretto.

Il *mondo anancastico*, dove l'ordine e la ricerca della sicurezza cristallizzano per sempre in un reticolo sterile l'ossessione impura del peccato, e dove tutto ritorna a se stesso, identico, con la periodicità dell'infinito, perché l'incedere del tempo è solo approssimarsi della condanna per l'imperdonabile colpa: l'imperfezione del proprio stato verso la potenza del controllo totale della realtà, distante dalla vita ma non ancora morte; il *mondo schizofrenico*, dove le idee hanno realtà assoluta e lo spazio extracorporeo è un altorilievo di immagini interne, mondo dove l'io forzatamente coesiste con tutte le innumerevoli ed impossibili versioni di se stesso, senza limiti che possano contenerlo quando si espande, né ganci che possano trattenerlo quando si chiude; il *mondo maniacale*, dove la luce divina sfolgora negli occhi del prossimo incontrato per caso, specchio della libera volatilità del proprio spirito, festa assoluta dell'istante; il *mondo malinconico*, schiacciato dal peso insostenibile di aver colpevolmente e irrimediabilmente perduto l'unica occasione della propria eternità, per cui la vita può trascinarsi solo come al lento funerale della propria grandezza; il *mondo autistico*, con la sua atmosfera di sospensione temporale, dove tutto il divenire non perviene mai all'istante successivo, e la vita è sfuggita perdendosi, un giorno sempre presente, in una scucitura tra i minuti; il *mondo limite*, costretto a non avere mai un dove, perché è impossibile abitare stabilmente un confine; il *mondo ansioso*, bruciato dall'attesa spasmodica di eventi catastrofici che non si verificano mai, ma che si raffigurano senza pausa nel teatro privato, provocando uno stillicidio infinito; il *mondo cenestesico*, dove tutti gli organi sono solidificazioni dell'anima, incarnazioni detta mente, piaghe dello spirito, in cui la persona drammatizza la propria storia fino alle profondità epiteliali; il *mondo anoressico*, in cui il rifiuto all'attualità della vita accarezza la possibilità del ritorno alle origini, irresistibile e nostalgico richiamo del grembo, verso la dissoluzione dell'io nell'Essere, che preesisteva al proprio ente e che sopravviverà a tutti gli enti, nonostante l'oblio in cui la civiltà lo ha gettato; il *mondo perverso*, in cui finalmente il piacere e la realtà coincidono, fino al punto in cui si azzerà il gradiente tra la vita e la morte; il *mondo panico*, ultimo balcone che si sporge sul Nulla, quando la languidità della vertigine cede il passo all'angoscia spersonalizzante e derealizzante, rammemorando alla fragilità umana l'inconsistenza delle quotidiane ed ordinarie categorie del giorno all'irrompere repentino della morte.

Questi sono i *mondi clinici*, così come può accedervi il *fenomenologo*, cogliendoli nella loro *essenza*, consentendo, quindi, allo psicopatologo di *costituirli* seguendo l'impianto strutturale dei loro progetti. Certo, sono tutte, queste, feritoie visuali del *mondo* irriducibili e indigeribili, pure

nella loro alterità, oltre e al di là degli artefatti nosografici, ben più validi per il mercato dei farmaci e delle assicurazioni, per gli ambiti forensi e per la prefabbricazione dei lavori scientifici che noiosamente ed *ugualmente* occupano le riviste provinciali e internazionali.

Kantianamente e husserlianamente, la psicopatologia come *conoscenza pura e apriori dell'esperienza interna dell'uomo come esperienza intenzionale, costitutiva, intersoggettiva e mondana*, non si presta alla «omologazione tomografica» in atto oggi, riattestandosi come frontiera non transitabile di realtà cliniche complesse (*mondi*), le cui radici affondano direttamente nel mistero stesso della vita umana.

La portata epistemica della psicopatologia come *scienza di esperienza* di tutti i mondi umani possibili e della loro *comprensione vissuta* oggi più che mai si apre a linee di sviluppo impensate fino a poco tempo fa. Questa *scienza dei mondi* deve ulteriormente avanzare. Le conclusioni a cui tende (in prospettiva) questo discorso guardano alla psicopatologia come vero e proprio *strumento costruttivo* del mondo psicotico, ovvero del modo in cui noi possiamo esperire il mondo psicotico e, attraverso questo lavoro ermeneutico, *modificarci* insieme a lui. È un processo interlocutorio, questo che si auspica, impossibile senza la mediazione psicopatologica. Ben lontana da atteggiamenti trionfali, questa assunzione della psicopatologia a *linguaggio di scambio* e a *valico di accesso* tra mondo vissuto e mondo clinico indica perentoriamente il limite e la finitezza della nostra umanità. La necessità di adottare la difficoltosa *strozzatura psicopatologica* per contattare le realtà *oltremondane* della clinica psichiatrica testimonia della nostra incapacità ad accedere normalmente, da uomo ad uomo, con mezzi «naturali» o «culturali» alle strutture del *dis-corso* psicotico. Ma la psicopatologia, costrutto terminale della civiltà occidentale al pieno della sua maturità declinante, è anche, al tempo stesso, una speranza: essa rende testimonianza del cammino fatto dall'uomo verso il se *stesso che vive nell'altro*, per accedere, rimanendo sempre sul piano dell'umano, a quel discorso enigmatico ed imprevedibile, *dis-corso* della follia, che si va costituendo su di un

registro altro da quello categoriale della ragione, nel quale, talvolta, *stagna* fin troppo ordinariamente la vita.