



Dipartimento di Civiltà e Forme del Sapere

---

Laurea magistrale in Filosofia e Forme del Sapere

**Esercizi di complessità: l'approccio fenomenologico alla  
follia**

Candidata

Sofia Zuccoli

Relatrice

prof.ssa Vinzia Fiorino

Relatore

prof. Alfonso M. Iacono

Anno Accademico 2013-2014

*Alla professoressa Paola Bora,  
in ricordo del suo sorriso*

*Bisogna rovesciare le prospettive familiari*  
Michel Foucault

*«Ma io non voglio andare fra i matti», osservò Alice.  
«Be', non hai altra scelta», disse il Gatto,  
«Qui siamo tutti matti. Io sono matto. Tu sei matta.»  
«Come lo sai che sono matta?» disse Alice.  
«Per forza,» disse il Gatto: «altrimenti non saresti venuta qui.»*  
Lewis Carroll

## Indice

<b>Introduzione</b>	<b>6</b>
<b>I. L'opera di Ludwig Binswanger tra psichiatria clinica e filosofia</b>	<b>17</b>
<b>1. Da malattia morale a malattia mentale: piccola storia della follia</b>	<b>18</b>
§1. <i>L'ombra della follia: dubbi epistemologici in psichiatria</i>	18
§2. <i>Il folle è un alienato: Philippe Pinel</i>	23
§3. <i>Lo sguardo e la parola: forza e limiti di una pratica</i>	24
§4. <i>Le malattie mentali sono malattie del cervello: la follia in Wilhem Griesinger</i>	29
§5. <i>Ordinare il caos: Emil Kraepelin e la nosografia psichiatrica</i>	33
<b>2. Terapie, spazi e relazioni nella psichiatria</b>	<b>37</b>
§1. <i>Controllare per guarire: il richiamo all'ordine dell'alienistica</i>	37
§2. <i>L'interrogatorio</i>	39
§3. <i>Il giudizio psichiatrico tra natura e cultura: la scienza del senso comune</i>	44
<b>3. Oltre la psichiatria e al di là della clinica: Binswanger e la Daseinsanalyse</b>	<b>48</b>
§1. <i>La fenomenologia psicologica: Binswanger incontra Husserl</i>	49
§2. <i>Dalla fenomenologia psicologica all'antropoanalisi: concetti heideggeriani in psichiatria</i>	51
§3. <i>L'ambiente e il mondo come progetto</i>	53
§5. <i>Il sintomo come espressione dell'essere-nel-mondo</i>	57
<b>II. Nuovi orizzonti oltre il riduzionismo: Il caso Ellen West</b>	<b>59</b>
<b>1. La storia della vita e della malattia "dell'individualità umana a cui abbiamo dato il nome di Ellen West"</b>	<b>62</b>
<b>2. Antropoanalisi</b>	<b>70</b>
§1. <i>Al di là della storia clinica: Ellen è una figura antropologica</i>	70
§2. <i>"Aut Caesar, aut nihil!": la rottura della coerenza</i>	71
§3. <i>L'aut-aut</i>	76
§4. <i>La copertura e la consunzione</i>	80
§5. <i>Sulla terra, nella terra e in volo: elementi di "geografia antropologica"</i>	81
§6. <i>Il tempo e lo spazio</i>	90
§7. <i>La morte</i>	100

<b>3. Il caso Ellen West tra antropologia, psicoanalisi e psichiatria</b>	<b>103</b>
<i>§1. Psicoanalisi e antropoanalisi</i>	104
<i>§2. La diagnosi</i>	114
<b>III. Itinerari di complessità</b>	<b>124</b>
<b>1. L'antropoanalisi come modello alternativo al riduzionismo</b>	124
<i>§1. Psichiatria ed esercizi di filosofia antica</i>	124
<i>§2. Un "oggetto" molto speciale: dall'interrogatorio al dialogo</i>	131
<i>§3. Dalla fenomenologia al DSM: la diagnosi può essere complessa?</i>	139
<i>§4. Sul normale e sul patologico: la forza delle norme</i>	149
<b>2. L'oggettività scientifica: storie e inganni</b>	158
<i>§1. Una storia e un'ontologia</i>	159
<i>§2. Laboratori naturali?</i>	168
<i>§3. Scandali della complessità</i>	171
<b>Bibliografia</b>	<b>176</b>

## Introduzione

Riflettere sulla complessità è un esercizio di pensiero plurale e inesauribile.

Plurale, poiché molti sono i piani in gioco: filosofia e cibernetica, storia e microbiologia, genetica e morale sono solo alcuni dei saperi che si intrecciano creando un nuovo paradigma. Inesauribile, poiché questo paradigma attraversa concetti che non consentono risposte univoche e risolutive, ma si aprono in percorsi rizomatici - parafrasando Deleuze - dalle mete imprevedibili. Ogni discorso intorno a concetti quali verità, oggettività, soggetto, esperimento e prova, dà inizio ad un cammino impervio, complesso appunto, in cui l'unica guida sembra essere il dubitare.

Vent'anni fa abbiamo assistito alla "scoperta della complessità" e, da allora, essa cerca di affermarsi come paradigma culturale, tentando di decostruire con non poche difficoltà l'egemonia epistemologica su cui la modernità si è edificata. Tale decostruzione è una sfida spaventosa poiché mina le fondamenta concettuali che per secoli hanno tracciato e regolato il percorso e gli obiettivi della scienza moderna quali l'evidenza calcolabile, l'eshaustività, la verità oggettiva e la fiducia nella razionalità meccanica. Il pensiero complesso formula questioni inedite e sempre nuove su queste certezze secolari per portare alla luce le loro radici storiche e le loro contraddizioni, al fine di ripensare al potere che è stato loro concesso e alle conseguenze che ne sono derivate.

Realizzando il passaggio "dal mondo del pressappoco all'universo della precisione"<sup>1</sup>, la modernità ha identificato la verità con l'esattezza, con l'universalmente calcolabile, con l'oggettività. Dall'alleanza indissolubile tra oggettività e verità è dipesa la rigida separazione tra i saperi, divisi in "scienze naturali" e "scienze umane", la prima separazione che ha come conseguenza immediata un giudizio di valore: positivo, per le discipline naturalistiche, in grado di condurre le proprie ricerche eludendo le derive soggettive e disordinate rintracciando una regolarità universale nei fenomeni; e invece negativo per le discipline storiche e sociali, troppo dipendenti da variabili caotiche e individuali, officine di errore e confusione.

---

<sup>1</sup> A. Koyré, *Dal mondo del pressappoco all'universo della percezione*, a cura di P. Zambelli, Torino, Einaudi, 1992.

Il metodo delle scienze naturali diventa fondamentale per qualunque conoscenza che voglia dirsi "scientifica": la conoscenza per osservazione diviene paradigmatica in quanto, allontanando il soggetto conoscente dall'oggetto d'indagine, ha la pretesa di eliminare ogni aspetto particolare e soggettivo dell'esperienza, rintracciando così regolarità che ben si prestano a sottostare alle leggi universali e generali della meccanica. Questo metodo ha l'enorme vantaggio di deresponsabilizzare il soggetto: ubbidendo ad un rigido protocollo sempre identico, l'osservatore diviene mero esecutore, mezzo attraverso cui la natura può disvelarsi facendosi oggetto di studio quantificabile e classificabile indipendentemente dal contesto e del soggetto, ottenendo risultati oggettivi, dunque veri<sup>2</sup>.

Troppo a lungo le scienze umane hanno cercato di uniformarsi al rigido paradigma della conoscenza per osservazione delle scienze naturali, inseguendo gli ideali di oggettività, verità, universalità; si è tentato - e, spesso, ancora si tenta - di studiare l'Essere-uomo, la sua storia e la società in cui egli vive come meri oggetti, spogliandoli della loro peculiarità ossia l'essere casi singoli, irriducibili a regole generali, se non al prezzo di una grave mutilazione.

La storia della medicina è in questo senso emblematica: disciplina che si trova al "crocevia di molte scienze"<sup>3</sup>, sin dalle sue origini si è preoccupata di superare le difficoltà derivanti proprio da questa sua intrinseca complessità, curare cioè la persona afflitta da una condizione di sofferenza fisica o psichica pur non potendo rivolgersi direttamente alla malattia, ma avendo a che fare soltanto con i suoi indizi, i suoi epifenomeni. Con l'affermarsi, durante il corso del XVII secolo, di ricerche di fisiologia e anatomia grazie studio dei cadaveri, la medicina ha una possibilità di affrancarsi dai suoi dubbi originari: guardare dentro ai corpi le suggerisce la via per mettere in pratica il metodo delle scienze naturali ossia ricercare le cause delle malattie in alterazioni quantitative delle funzioni o della materia organica. La medicina positivista ha un grande scoglio da superare: il suo essere inevitabilmente clinica, legata cioè all'osservazione e all'ascolto di ogni singolo paziente; per superare tale difficoltà procede cercando di attuare una

---

<sup>2</sup> A.M. Iacono, *L'evento e l'osservatore. Ricerche sulla storicità della conoscenza*, Pierluigi Lubrina Editore, 1987, p.

<sup>3</sup> G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, a cura di M. Porro, Torino, Einaudi, 1998, p. 10.

selezione dei segni morbosi che il soggetto - ormai come un oggetto del mondo fisico - manifesta al fine di rintracciare, per analogia o per contrasto, una regolarità e costruire una tipologia che corrisponde ad un determinato stato morboso.

La modernità ha costruito un soggetto "medico" che, al pari di un qualsiasi scienziato, neutralizza i suoi pazienti, prendendone le distanze e interrompendo ogni scambio esistenziale. La sfida della complessità travolge non soltanto le discipline che, come la medicina appunto, sono evidentemente antropomorfe e dunque insensatamente riduzioniste, ma mette sotto inchiesta ogni sapere scientifico denunciando l'impossibilità per le scienze esatte di escludere e ignorare quei tratti considerati residui non scientifici delle discipline umane come il disordine, l'incertezza, la singolarità, la complicazione, poiché queste e molte altre fanno parte a tutti gli effetti della realtà del mondo e di tutti i membri, umani e non-umani, che lo abitano<sup>4</sup>. Il pensiero complesso impone un dialogo tra sentieri anche molto distanti tra loro, all'insegna di una permeabilità reciproca tra diversi ambiti disciplinari e la dichiarazione della non esaustività di nessun punto di vista.

Molteplici sono le vie di accesso al problema della complessità, quasi infiniti gli itinerari possibili, non è difficile perdere di vista il fuoco della discussione.

In questo lavoro di tesi, consapevole di tali limiti e delle ancora profonde resistenze all'affermarsi del pensiero complesso come nuovo paradigma, ho scelto di tracciare una cornice intorno alle riflessioni, per sé inesauribili, sulla complessità e presentare un itinerario che, sorto in un panorama ancora fortemente riduzionista, ha proposto una visione e un approccio al soggetto - un soggetto molto speciale - che si inseriscono a pieno titolo in una visione complessa dell'Essere-uomo: l'approccio fenomenologico alla follia.

Sorta su fondamenta filosofiche importanti quali l'analitica esistenziale di Heidegger e la fenomenologia di Husserl, l'opera di Ludwig Binswanger rappresenta una rottura rispetto al modello scientifico imperante nella psichiatria clinica e in tutta la medicina del tempo; la stagione dell'antropoanalisi, pur con le sue contraddizioni e le sue discontinuità, ha avuto un'eco vastissima in tutto il panorama scientifico europeo, divenendo uno dei punti di riferimento di

---

<sup>4</sup> E. Morin, *Le vie della complessità*, in G. Bocchi e M. Ceruti (a cura di), *La sfida della complessità*, Milano, Feltrinelli, 1985, p.49



riflessioni anche successive, dalla rivoluzione di Franco Basaglia ai movimenti dell'antipsichiatria. In questo lavoro di tesi ho tentato di mettere in luce la proposta di Binswanger come alternativa al riduzionismo in psichiatria seguendone l'origine concettuale ma anche ricostruendone l'approccio terapeutico rispetto ad una paziente in particolare, attraverso il saggio pensato dallo stesso psichiatra svizzero come il manifesto del suo progetto, *Il caso Ellen West* (1944).

Ho considerato la psichiatria fenomenologica come un "esercizio di complessità", scegliendo di presentarlo come un approccio sperimentale, in cui tutto è appena iniziato e tanto resta da costruire.

Il primo capitolo si confronta con la storia della psichiatria moderna, dall'alienistica pineliana al sistema nosografico di Kraepelin, mettendo in luce da un lato l'evoluzione del significato della natura della follia con le conseguenze epistemologiche che ne derivano, dall'altro il consolidamento o l'introduzione di pratiche e metodi d'indagine a disposizione del medico.

Dal punto di vista epistemologico, la psichiatria affonda nei dubbi propri della medicina del tempo, accompagnati da un'ulteriore complicazione: la natura della follia è avvolta nel mistero ed è ancor più difficile capire se una persona ne è affetta o meno. Pinel e la scuola alienistica la interpretano come un "male morale" che, impossessatosi della persona, ne modifica drasticamente la sensatezza dei discorsi e delle azioni, rendendo il folle un soggetto pericoloso per se stesso e gli altri, un soggetto che ha perduto la via della ragione e che uno specifico "trattamento morale", messo in atto dentro le mura dell'asilo, può avere la speranza di guarire o almeno di acquietare. È necessario costringere il pazzo a vivere nell'ordine e nella disciplina del manicomio al fine di placare il caos che ha dentro di sé; il trattamento morale si rivolge così al corpo e ai suoi ritmi e, al tempo stesso, alla mente grazie all'intervento attivo del medico, autorità indiscussa che, come un severo "padre di famiglia"<sup>5</sup>, placa con le sue parole e i suoi ordini le insensatezze dell'alienato.

L'evoluzione dell'anatomia e della fisiologia, avvenuta grazie allo studio dei cadaveri, porta un'intera generazione di medici a ricercare le cause organiche della follia e a cercarle in un organo particolare: il cervello. Tra Ottocento e Novecento

---

<sup>5</sup> P. Pinel, *La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, a cura di F. Fonte Basso e S. Moravia, Venezia, Marsilio, 1987, p. 93.

si aprono cadaveri alla ricerca di un'anomalia del cranio o di una lesione, la follia è dunque concepita non più come entità estranea impossessatasi della persona, bensì come "malattia del cervello" secondo la formula di Griesinger, da trattare come ogni altra malattia somatica. Dal punto di vista epistemologico si tratta di una regressione più che di un'evoluzione: pensando la follia come malattia somatica del sistema nervoso, si lega la psichiatria alla neurochirurgia del tempo riducendo al minimo l'esperienza clinica del confronto tra medico e paziente, operazione che porta fuori strada poiché il sapere medico ha a che fare con gli epifenomeni della malattia e non con la malattia in se stessa, lo studio dei sintomi è fondamentale per qualsiasi diagnosi, prognosi o terapia.

L'impresa nosografica di Emil Kraepelin riporta al centro la clinica: pur attendendo al principio secondo cui le malattie mentali sono malattie cerebrali, lo psichiatra tedesco ammette l'impossibilità di costruire, visti gli strumenti del tempo, una psicopatologia organica che chiarisca completamente l'origine e le cause delle malattie mentali; è necessario dunque indagare i sintomi che i pazienti presentano, ben individuando il loro decorso, le loro peculiarità al fine di costruire un sistema classificatorio che permetta al medico di ordinare il caos e distinguere le singole forme nervose. Affinché sia possibile riuscire in quest'impresa la relazione tra medico e paziente, di pineliana memoria, è essenziale: da un lato, lo psichiatra rappresenta l'autorità in una relazione di potere rigida e asettica, dall'altro interrogare il folle è il solo mezzo che possiede per ricostruire la storia della sua malattia. L'insieme di domande che il medico rivolge ogni mattina al malato segue un protocollo ben definito: sono questioni cronologiche e di luogo, a risposta unica, volte ad individuare il livello di orientamento spazio-temporale del folle; ogni medico deve attenersi al protocollo senza tradire sentimenti ed empatia, che inficerebbero i risultati delle sue indagini.

La psichiatria clinica è dunque segnata da un forte riduzionismo, non soltanto perché un fenomeno complesso come la follia è ridotto ad alterazione o lesione del sistema cerebrale, ma anche e soprattutto poiché si cerca a tutti i costi di rintracciare una regolarità incasellabile in una diagnosi di un insieme di aspetti singolari e soggettivi, i sintomi appunto, che sfuggono continuamente alle classificazioni. La relazione asettica tra medico e paziente, in cui il secondo è

ridotto a mero oggetto e il primo recita un protocollo immutabile è il cardine della psichiatria clinica.

Ludwig Binswanger, psicoanalista freudiano e psichiatra allievo di Bleuler direttore della prestigiosa clinica *Bellevue*, propone un radicale ripensamento della natura delle malattie mentali e del metodo d'indagine della psichiatria. Da psichiatra, egli ha ben presenti i limiti della clinica e della neurochirurgia in presenza della follia, essenza ancora misteriosa e spiazzante; la lettura di Jaspers e Husserl gli suggerisce che vi sia un altro modo per comprendere questi fenomeni, una via d'accesso all'interiorità dei suoi pazienti che non passi per il renderli meri oggetti in serie dalle manifestazioni regolari, bensì un tipo di conoscenza *per penetrazione*, che rimetta in gioco le istanze soggettive dei malati e ne studi ogni manifestazione sia nel contenuto che nella peculiare forma espressiva, una conoscenza dunque che comprenda i sintomi non come segni della malattia, ma come modi in cui il paziente rivela il suo mondo.

Ciò rende l'antropoanalisi - analisi della *presenza* in termini heideggeriani - un esercizio di complessità è l'aver compreso che la persona non si dà mai priva del suo mondo interiore ed è sempre in relazione con il mondo esterno, inteso sia come il mondo in comune dove la vita si svolge, sia come il luogo dell'incontro con i tanti "Tu"<sup>6</sup> della sua esistenza, dal rapporto con loro.

Eugène Minkowski, psichiatra affascinato dalla fenomenologia e dalla filosofia di Bergson, propone una visione della persona "alienata" come un *essere altrimenti*, un soggetto che si trova sempre in una precisa relazione con il mondo, nonostante sembri separato, alienato appunto, dalla vita del mondo in comune. Al di là delle indiscusse difficoltà comunicative con il paziente, per Minkowski esiste una via di accesso all'esperienza dello spazio, del mondo, del tempo e della coesistenza di questa persona umana, soggetto unico e irripetibile come ogni altro, nonostante sia tenuto sotto scacco dalla sofferenza dell'alienazione. Binswanger e Minkowski si influenzano l'un l'altro e si citano reciprocamente nelle loro opere, accomunati da una visione particolare del rapporto tra medico e paziente, iscritta nel segno dell'ascolto reciproco e della fiducia: non più oggetto da sezionare e

---

<sup>6</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, a cura di F. Giacanelli, Milano, Bompiani, 1973, p. 9.

misurare, il paziente è un soggetto che parla, pensa, ama, sogna, soffre nella sua eccezionale singolarità, un soggetto che vuole essere ascoltato da un'altra persona, il medico, un altro soggetto che può alleviare il suo dolore o semplicemente stargli accanto senza reprimere le sue emozioni e le sue peculiarità.

Il secondo capitolo è interamente dedicato all'analisi del caso Ellen West, ho cercato di mettere in luce passo per passo il metodo antropoanalitico di Binswanger. La capacità di ascolto è il punto di inizio di questa indagine, un ascolto attivo rivolto ad ogni manifestazione della paziente, alla forma quanto al contenuto; il caso Ellen West è esemplare in quanto Binswanger, all'incontro con la giovane donna, entra in possesso dell'enorme produzione letteraria di Ellen la quale, dotata di un reale talento per la letteratura, aveva scritto diari, poesie, lettere intime e tentativi cartacei di ordinare i pensieri fin dalla prima adolescenza. Le memorie personali e gli aspetti soggettivi che la psichiatria clinica, sulle orme del metodo delle scienze naturali, cerca di ignorare o eliminare solo il materiale di ricerca dell'antropoanalisi; seguendo queste manifestazioni è possibile comprendere come la presenza si rapporta con il suo mondo interiore e con il mondo comune, il suo rapporto con la coesistenza.

L'ultima parte del capitolo è dedicata, sempre seguendo la struttura del saggio di Binswanger, al confronto tra l'antropoanalisi e l'interpretazione psicoanalitica da un lato, e la diagnosi psicopatologica dall'altro. Nel primo confronto è evidente il debito dello psichiatra svizzero nei confronti di Freud, ma anche le differenze che separano irriducibilmente i due metodi. La psicoanalisi segna una svolta epocale, una vera e propria rivoluzione copernicana della storia del pensiero: portando allo scoperto l'inconscio e il mondo interiore, costringe a ripensare a quegli aspetti che la modernità ha escluso dalla realtà, marcandoli come irrazionali, soggettivi, dunque falsi o addirittura inesistenti, come le emozioni, gli istinti, i sogni. La terapia psicoanalitica non è che il tentativo concreto di ricostruire la storia interiore del paziente, storia che non si esaurisce nelle mere vicissitudini biografiche o sintomatologiche ma che comprende l'insieme delle sue esperienze intime. Questa ricostruzione è però attuata rispetto ad un particolare punto di vista, il modello dell'*homo natura*: secondo la psicoanalisi la vita psichica si esprime nella continua lotta tra gli istinti e le convenzioni sociali,

l'uomo indossa una maschera pubblica per poter vivere con gli altri e, dietro questa finzione, la sua interiorità si consuma soffrendo. L'analista cerca di individuare nelle esperienze dell'analizzato i frutti di tale conflitto, quei meccanismi di rimozione e sublimazione, del complesso paterno e dell'istinto di morte, e così via, proponendo un'interpretazione pur sempre rigida e coerente ad un sistema predefinito. In questo riferimento obbligato ad uno schema normativo uguale per tutti, Freud attua dunque una riduzione della complessità dell'esistenza e dell'esperienza umana alla costituzione istintuale della psiche e ai problemi di gestione della libido. Nonostante questo nodo problematico della teoria psicoanalitica, la prassi terapeutica freudiana è un esempio determinante per Binswanger in quanto apre la strada ad un rapporto diverso tra medico e paziente, lavorando nella direzione dell'ascolto reciproco e della costruzione di un legame particolare.

Il confronto tra antropoanalisi e psicopatologia mostra l'inadeguatezza del giudizio diagnostico nel cogliere la complessità della paziente, irriducibile a quella "schizofrenia simplex" che non dice nulla se non "malata incurabile"; eppure Binswanger procede alla diagnosi aderendo al modello nosografico dei suoi maestri Bleuler e Kraepelin; i tempi per una rivoluzione radicale nel mondo della psichiatria non erano ancora maturi, pur riconoscendo l'enorme mutilazione dell'essere umano che la psicopatologia propone Binswanger non abbandona mai le vie istituzionali della clinica, né propone una riforma del sistema nosografico classico delle malattie mentali. Questo resta un nodo estremamente problematico eppure ineliminabile nello studio dell'opera dello psichiatra svizzero.

Nel terzo capitolo di questo lavoro ho cercato di inserire l'opera di Binswanger in una panorama di più ampio respiro, non prima di aver rintracciato l'antichissima origine della visione binswangeriana dell'uomo come essere in rapporto al mondo, la dialettica tra il *koinos kosmos* e l'*idios kosmos* di Eraclito. Considerando il dibattito contemporaneo sulla diagnosi in psichiatria, riaccessosi con la pubblicazione della nuova edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* lo scorso maggio 2013, la proposta di Binswanger stride più che mai con un presente in cui la relazione tra psichiatra e paziente è ridotta quasi esclusivamente alla prescrizione e somministrazione di psicofarmaci e in cui

nuove spinte riduzioniste tracciano confini sempre più flebili tra sano e malato, prospettando una "patologicizzazione della normalità" (Di Vittorio, 2013), come mostra l'aumento spropositato di voci di disturbi mentali nei manuali diagnostici statistici e, di conseguenza, nei manuali di psichiatria. L'interessante numero della rivista "aut-aut" sulla diagnosi psichiatrica, del quale ho citato molti articoli, mostra con voci diverse le forti incertezze di una disciplina alle prese con la complessità irriducibile dei suoi "oggetti", i pazienti e la follia, complessità che cerca di inscatolare in quadri diagnostici sempre più particolareggiati ma che non reggono la prova clinica del caso, sempre diverso e sempre distinto nella sua singolarità. Anche all'epoca del DSM-V, la diagnosi non cessa dunque di essere *assoluta* più che *differenziale*: l'obiettivo è riuscire a stabilire "scientificamente" il confine tra il normale e il patologico, secondo criteri oggettivi, dunque veri ed universali.

Ho trovato nella riflessione filosofica sul normale e il patologico di George Canguilhem il naturale riferimento teorico al fine di decostruire, come la sfida della complessità insegna, i pregiudizi che intendono tali concetti come oggettivi e necessari, senza storia e senza alcun legame con elementi contingenti quali il contesto in cui sono stati concepiti e applicati, i soggetti che li hanno messi in atto e i soggetti che li hanno subiti. L'analisi di Canguilhem priva il normale e il patologico di una definizione certa, la loro storia mostra come si sia piuttosto trovato un accordo nel considerare i due concetti come equivalenti nella sostanza, ma differenti nella forma: il patologico non è altro che il normale, o meglio, ciò che è comunemente accettato come tale, che ha subito un'alterazione quantitativa, dunque calcolabile e misurabile. La scienza ha dunque imposta una norma alla vita, una definizione di normalità che non le appartiene ma che le è stata imposta dall'esterno in modo coercitivo. Canguilhem rovescia completamente la prospettiva epistemologica tradizionale affermando che è la vita stessa, anche quella considerata "anormale" ad avere capacità normativa: il vivente abita un mondo che è capace di influenzare e da cui viene egli stesso influenzato, la salute si esprime nella capacità di superare gli ostacoli - le malattie - che limitano le libere possibilità della sua esistenza, la sua capacità normativa. In questa

concezione si ritrova molto dell'essere-nel-mondo di Binswanger e della sintonia di Minkowski.

Ogni scienza ha un'ideologia e l'ideologia non è mai innocente, è sempre un tracciare il solco tra il vero e il falso, il dentro e il fuori, il normale e l'anormale; l'epistemologo dipinto da Canguilhem è uno studioso della storia dei concetti della scienza, intesi non come teorie ma come *prodotti*<sup>7</sup> e dunque in quanto tali giudicabili, modificabili, rifondabili, contestabili. Conoscere la storia di questi prodotti è essenziale per dare consistenza al progetto di costruzione di un'alternativa al riduzionismo, sia esso psichiatrico in particolare, medico in generale e scientifico in assoluto; l'ultima sezione del terzo capitolo è dedicata alle riflessioni sui fondamenti epistemologici delle pratiche e dei metodi delle scienze naturali di Lorraine Daston, Ian Hacking, Bruno Latour. Questi tre autori portano avanti la sfida della complessità smascherando gli inganni su cui riposano le fondamenta secolari dei nostri saperi, sottoponendo alla ricerca storica concetti quali l'oggettività, l'esperimento, la prova, l'esattezza e molti altri ancora.

La *religione* dell'oggettività ha tracciato linee di confine invalicabili tra i saperi, dividendoli tra "scienze umane" e "scienze naturali", nella preoccupazione costante che una disciplina non si occupi degli oggetti di un'altra, nel segno dell'incomunicabilità reciproca e dell'impermeabilità. La proposta del pensiero complesso si esprime nella formulazione di questioni inedite e nella rielaborazione di antichi interrogativi a cui è possibile rispondere solo con una "nuova alleanza scandalosa"<sup>8</sup> tra le scienze umane e scienze naturali, un approccio multidisciplinare che rispetti le peculiarità e i metodi specifici di ogni sapere al fine d'intraprendere un percorso critico comune all'insegna della condivisione e dell'abbattimento dei rigidi steccati, per la costruzione di *un monde pluriel mais commun*<sup>9</sup>.

La stagione delle fenomenologia si è conclusa, eppure il presente è ancora scosso da metodi sempre riduzionisti, inevitabilmente dualistici, cartesiani, incapaci di scorgere il soggetto e la sua forza normativa. La *Daisenanalyse* ha

---

<sup>7</sup> P. Macherey, *Da Canguilhem a Foucault. La forza delle norme*, Pisa, Edizioni ETS, 2011 p. 54.

<sup>8</sup> I. Stengers, *Le politiche della ragione*, Bari, Laterza, 1993, p. 7.

<sup>9</sup> B. Latour, *Un monde pluriel mais commun. Etretiens avec François Ewald*, Paris, Éditions de l'Aube, 2005.

aperto la porta alla radicale presa di coscienza della complessità di quelle esperienze chiamate alienate, frantumate nei rigidi confini di un patologico che la filosofia ha dimostrato non avere consistenza. La forza dell'indirizzo di Binswanger risiede nella sua portata sperimentale: un metodo e una pratica che, pur procedendo per tentativi ogni volta diversi e sempre particolari, dipendenti cioè proprio da *quel medico* e *quel paziente*, articolano la relazione terapeutica secondo canoni umani, quelli che uno scientismo cieco chiama *troppo umani*.

Il *troppo umano* è al centro delle riflessioni di Binswanger e Minkowski. *Il caso Ellen West* apre una finestra sul mondo così profondamente segnato dalla sofferenza di questa figura di donna intelligente e fuori dall'ordinario, una finestra da cui un'esperienza diversa dell'alienazione mentale sembra possibile. La giovane Ellen rivela il suo mondo interiore nei suoi diari, nelle sue poesie e nei suoi sogni sempre come soggetto attivo e mai come oggetto, sempre in una particolare relazione, per quanto sofferta, con il mondo e con gli altri. Proprio in questo la fenomenologia rompe con la tradizione riduzionista: presentare l'essere umano come un soggetto irriducibile sia al dato biologico, sia ai suoi istinti, sia al suo ruolo sociale, bensì sempre in rapporto al mondo, in una vita che si esprime in una continua connessione. Del resto, la sfida della complessità è affermare, al di là di tutti i dualismi e di ogni grande divisione, "*qu'un humain est attaché et que s'il se détache, il meurt*"<sup>10</sup>.

Si tratta di una sfida che si dirama per itinerari differenti, l'approccio fenomenologico in psichiatria apre uno solo dei mille orizzonti possibili. Ho scelto di presentare questo *esercizio di complessità*, nella consapevolezza che "la difficoltà di una simile impresa fa tremare"<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> B. Latour, *Un monde pluriel mais commun. Etretiens avec François Ewald*, op. cit., p.58.

<sup>11</sup> G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, op. cit., p. 258.



## I

### **L'opera di Ludwig Binswanger tra psichiatria clinica e filosofia**

Riflettere sulla questione dell'oggettività scientifica è un compito inesauribile, tante sono le problematiche direttamente coinvolte e inevitabilmente richiamate. Si è scelto di procedere induttivamente: studiare da vicino una disciplina, la psichiatria, e un caso concreto, il caso Ellen West, per mostrare come l'oggettività, la neutralità e la generalità, cardini del concetto di scienza, costino la perdita di quella complessità che al contrario è peculiare del nostro mondo e della nostra stessa costituzione.

Questa perdita si esprime nella rigida separazione dei saperi, divisi tra "scienze umane" e "scienze naturali", iscritta nel segno dell'incomunicabilità reciproca e in un assetto scientifico che riduce la pluralità e la differenza dell'esistenza umana ad una sola dimensione materiale e statica. Uno sguardo alla psichiatria contemporanea e alla sua storia rende visibili le enormi contraddizioni di questo processo riduzionista. L'opera di Ludwig Binswanger costituisce una rottura rispetto al modello scientifico dominante, un esempio di un caso concreto in cui si è tentato di superare gli steccati disciplinari e riabilitare l'essere umano al suo ruolo di soggetto complesso.

~..~

L'opera di Ludwig Binswanger possiede il carattere della complessità.

Che si stia leggendo un caso clinico, un saggio teorico oppure il testo di una conferenza sui metodi della psicoterapia, si è sempre accompagnati dall'impressione di avere sotto gli occhi un discorso articolato su più piani, un percorso che valica continuamente i confini della disciplina in cui solitamente è iscritto. Non si tratta di un'impressione: come suggerisce Foucault nella sua introduzione a *Sogno ed esistenza*<sup>12</sup>, l'antropoanalisi binswangeriana è "una forma di analisi il cui progetto non è essere una filosofia, e il cui fine è non essere una psicologia; una forma di analisi il cui principio [...] e il metodo sono determinati fin dall'inizio soltanto dal loro oggetto: l'uomo, o meglio, l'Essere-uomo"<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> M. Foucault, *Introduzione* a L. Binswanger, *Sogno ed esistenza*, Milano, SE, 1993.

<sup>13</sup> *Ivi*, p. 15.

La sfida che l'antropoanalisi raccoglie è una vera e propria guerra su due fronti: in primo luogo, essa deve essere all'altezza della complessità del suo oggetto di indagine, delle infinite contraddizioni che lo attraversano e della compresenza di una molteplicità di aspetti di differente natura da esaminare; in secondo luogo, l'antropoanalisi si situa in un momento in cui è proprio questa complessità dell'Essere-uomo a essere messa da parte, se non disconosciuta. Così Binswanger, medico affermato e direttore della prestigiosa clinica psichiatrica *Bellevue*, si trova a costituire un'anomalia in quell'incerto e problematico mondo che è la psichiatria del suo tempo; per avvicinarsi alla comprensione del significato della sua ricerca è necessario cogliere la portata della sua singolarità.

Queste ragioni rendono dunque imprescindibile il riferimento alla storia della psichiatria moderna, dalle sue origini datate agli inizi dell'Ottocento in Francia fino all'assetto dei primi del Novecento che Binswanger ben conosce, dal mito dello "scioglimento delle catene"<sup>14</sup> di Philippe Pinel al sistema nosografico di Emil Kraepelin.<sup>15</sup>

## **1. Da *malattia morale* a *malattia mentale*: piccola storia della follia**

### *§1. L'ombra della follia: dubbi epistemologici in psichiatria*

La condizione in cui si trova la medicina per l'intero arco della modernità è uno stato di profonda incertezza epistemologica. Lo studio dei cadaveri, prassi ormai affermata già dal XVII secolo, aveva reso possibile concrete ricerche di fisiologia e anatomia, dando alla medicina nuova luce: tentare di ricercare le cause e le origini dei fenomeni organici *guardando dentro* il corpo dell'ammalato come del sano. La peculiarità della medicina è il suo essere irrimediabilmente *clinica* ossia

---

<sup>14</sup> Per approfondire le vicende e gli aneddoti della costruzione della figura mitica di Pinel si veda F. Fonte Basso, *Il gesto liberatore. Philippe Pinel fra mito e storia*, prefazione a P. Pinel, *La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, op. cit., pp. XXXIII-LXI.

<sup>15</sup> Non si propone in questo lavoro una ricostruzione cronologica dell'opera dei tanti protagonisti che "hanno fatto la storia" della psichiatria, l'obiettivo di questa prima sezione è dare uno sguardo alle operazioni che hanno reso rigidi e riduzionisti i principi e le pratiche di una disciplina per se stessa così complessa e così umana, come del resto tutta la medicina. Il mio interesse è rivolto a cogliere i passi fondamentali di tale chiusura, sottolineando ciò che sfugge a questo processo di costituzione della psichiatria come scienza, sottolineare cioè gli scarti tra la lettura riduzionista della follia come malattia mentale, curabile da una specifica branca della medicina, e la psichiatria intesa come scienza del malato di mente.

fondata sull'osservazione, sul così antico primato dell'occhio, noto già a Ippocrate<sup>16</sup>, capace di operare uno sguardo asettico e obiettivo che "considera l'oggetto osservato come un dato inerte da descrivere, rappresentare e classificare"<sup>17</sup>.

La conoscenza per osservazione è il cardine delle scienze naturali, infatti "già a partire dalla seconda metà del XVII secolo, la storia naturale si era proposta di analizzare e classificare gli esseri naturali in base ai loro caratteri visibili"<sup>18</sup>: lo scienziato inizia con l'osservazione della molteplicità di oggetti ed eventi che ha di fronte, naturali e non-umani, procede poi dall'analisi di questa datià alla sua scomposizione in singole parti secondo caratteristiche simili o differenti al fine di ordinare i dati raccolti registrandone alterazioni quantitative, proprietà e funzioni; infine, in base al materiale raccolto, elabora leggi del tutto simili a funzioni matematiche che confermano o smentiscono le sue ipotesi iniziali. Questo metodo presuppone che ogni passo, ogni scomposizione dell'oggetto siano sostenuti e validati da nuove evidenze empiriche, da nuove percezioni corroboranti, in questo modo sarà possibile una conoscenza obiettiva e rigorosa della realtà fenomenica.

Tuttavia, alla medicina questo procedere lineare verso il suo oggetto di indagine è reso più complesso in quanto ciò che il medico vede non è il fenomeno in se stesso, ciò che ha di fronte non è la malattia bensì i suoi epifenomeni, segni particolari chiamati *sintomi*. Il sintomo annuncia ciò che accadrà, ciò che è già accaduto e ciò che sta accadendo all'organismo, l'opera clinica è incentrata sull'interpretazione di questa molteplicità disordinata di fenomeni di vario genere che si offre allo sguardo del medico, ma anche, passaggio estremamente importante, alla sua *parola*: per dare un senso ai sintomi, è necessario conoscerli non soltanto per come si danno qui ed ora, ma per quando, come e per quanto tempo si sono dati in passato, per la loro intensità e la loro diversità l'uno dall'altro; completare questa indagine è possibile interrogando il paziente per scoprire ciò che non si offre spontaneamente al suo sguardo; "non c'è malattia se

---

<sup>16</sup> Sul tema dell'osservazione e lo sguardo medico nell'antichità si veda M. Vegetti, *Il coltello e lo stilo*, Milano, Il Saggiatore, 1987.

<sup>17</sup> A. Fanali, *La «ricostruzione» degli spazi e del pensiero attraverso i percorsi dell'esperienza psichiatrica alternativa*, in V. Fiorino (a cura di), *Rivoltare il mondo, abolire la miseria: un itinerario dentro l'utopia di Franco Basaglia (1953-1980)*, Pisa, ETS, 1994, p. 57.

<sup>18</sup> M. Foucault, *Nascita della clinica, una archeologia dello sguardo medico*, a cura di A. Fontana, Torino, Einaudi, 1998, p. 101.

non nell'elemento del visibile, e di conseguenza dell'enunciabile"<sup>19</sup> dichiara Foucault che alla storia e al metodo dello sguardo medico ha dedicato uno dei suoi capolavori, *Nascita della clinica* (1963).

L'interpretazione di sintomi attraverso lo sguardo e la parola apre enormi difficoltà a una disciplina che vuole costituirsi come scienza abbracciando i canoni di verità, obiettività, certezza sensibile poiché, se è vero che il metodo autentico deve accordarsi con la specificità del suo oggetto, l'oggetto della scienza deve essere il certo, il calcolabile e il determinato, caratteri che con grande difficoltà si ritrovano nelle manifestazioni della malattia.

L'altra questione spinosa per la nascente medicina moderna è in realtà un problema antico, il rapporto tra il corpo e la mente. Il modello cartesiano aveva inaugurato un approccio irreparabilmente dualistico all'organismo umano, diviso in *res cogitans* e *res extensa*: da un lato il corpo dell'uomo, che è del tutto simile a quello animale per costituzione e funzionamento, vera e propria macchina retta dalle leggi della meccanica; dall'altro la mente, interamente distinta dal corpo e lui irriducibile, istanza che vince la caducità dell'organismo corporeo e che gli sopravvive, termine distintivo dell'Essere-uomo in quanto intelligenza.

Seguendo o rinnegando il rigido impianto cartesiano, i medici settecenteschi si dividono tra un approccio meccanicistico razionalista - ricordiamo uno per tutti Cabanis - e tra la nuova corrente vitalistica - in particolare Bordeu e Barthez -. I primi credono fermamente nella possibilità di interpretare tutte le funzioni umane sul modello dell'uomo macchina dando all'anima il ruolo di motore separato dal corpo; i secondi, forti delle nuove ricerche di fisiologia e anatomia, sono convinti che questa riduzione completa dei fenomeni organici ad ingranaggi non sia possibile. Fonte vitale dell'organismo sarebbe un'energia interna, la *sensibilità*, la quale si dirama in tutto il corpo attraverso una rete di nervi causando i movimenti sia fisici che psichici.

Qual è la causa dei movimenti del corpo, che cosa genera la volontà e che cosa le passioni, qual è, se esiste, la sede dell'attività psichica; queste e molte altre le questioni che i medici del tempo si pongono, aprendo una riflessione epistemologica che segna il passaggio dall'*homme machine*, troppo perfetto per

---

<sup>19</sup> M. Foucault, *Nascita della clinica, una archeologia dello sguardo medico*, op. cit., p. 108.

rispondere a questi interrogativi, all'*homme sensible*<sup>20</sup>, organismo vivente psicofisico unitario che, tuttavia, invece di semplificare l'azione medica la complica infinitamente.

Il problema psicofisico si acuisce quando l'oggetto del discorso del medico, il male che si dispiega dinnanzi a lui non è una febbre, una polmonite, un'esplosione di pustole, una lesione esterna bensì una condizione che pur coinvolgendo in parte il corpo non sembra provenire da nessun organo, una condizione che certamente manifesta fenomeni alterati fuori dall'ordinario legati piuttosto a quelle facoltà considerate intellettive come la memoria, la ragione; in una parola, quando il medico incontra la follia.

Da un punto di vista epistemologico, l'interrogativo fondamentale che si pongono "i dottori" della modernità è identico a quello della psichiatria clinica contemporanea ossia quale sia la natura della follia. Si tratta di una domanda antichissima, la cui risposta più semplice e, forse proprio in quanto tale più lucida, è stata quella popolare, come sostiene Binswanger nel suo scritto *Psicoanalisi e psichiatria clinica*:

la malattia mentale, questa vistosa trasformazione dell'individuo, non ha un'essenza particolare e solo a essa peculiare, ma è una particolare essenza: presso i Greci, un dio o un demone penetrato nell'uomo, nel Medioevo il demonio, e ancora oggi, spesso, uno spirito maligno.<sup>21</sup>

L'approccio scientifico moderno, prosegue il direttore della clinica di Kreuzlingen, ha reso la follia una malattia al pari delle patologie esclusivamente somatiche portando ordine nelle credenze popolari di tutte le epoche, cercando di abbandonare i riferimenti ad entità fantastiche e possessioni diaboliche. Tuttavia, la psichiatria clinica del suo tempo continua a vedere in queste malattie una particolare entità, una specie di "persona estranea"<sup>22</sup> che in qualche modo si

---

<sup>20</sup> Per approfondire la storia della medicina settecentesca e il passaggio, qui solo accennato, dal modello meccanicistico e il modello vitalistico si vedano i contributi di S. Moravia, *Dall'Homme machine all'Homme sensible: modelli antropologici dell'uomo nel XVIII secolo*, in S. Moravia (a cura di), *Filosofia e scienze umane nell'età dei Lumi*, Firenze, Sansoni, 1982 e S. Moravia, *La scienza dell'uomo nel Settecento*, Bari, Laterza, 1978. Altra visione d'insieme sugli sviluppi e sulla teoria della pratica medica nel corso del XVIII secolo, ma con un approccio volto a sottolineare le problematichità e gli scarti epistemologici si rimanda al già ricordato M. Foucault, *Nascita della clinica*, op. cit.

<sup>21</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*, a cura di F. Giacanelli, Milano, Feltrinelli Editore, 1970, p. 206.

<sup>22</sup> *Ibidem*.

impadronisce dell'organismo controllandone le facoltà sia mentali che fisiche. Alla follia divenuta malattia mentale spetta un destino molto diverso dalle altre malattie, viene cioè personificata e questa personificazione è, per Binswanger, risultato del metodo stesso della psichiatria. Lo psichiatra infatti cerca di isolare dalla persona del paziente gli oggetti stessi della sua indagine, ossia le alterazioni del comportamento e delle facoltà psichiche, per annientarli *curando* il malato, riportandolo allo stato precedente l'affezione, liberandolo da quella *persona* estranea che da un certo momento gli si è sostituita.

Il tratto mitologico e superstizioso della follia, più che scomparire, resta sottinteso nella pratica dello psichiatra, il quale cerca di adoperare strumenti e tecniche razionali per combattere quello che considera un'entità aliena, che non può essere che fantastica. Non è affatto facile, del resto, individuare le cause di quegli stati così complessi e così poco meccanici che sono i disturbi mentali restando fedeli alla riduzione dell'uomo ad una macchina.

La prigione, il tribunale, il confessionale, l'ospedale sono le istituzioni in cui avviene la progressiva costruzione del soggetto moderno, costruzione che si esprime nel controllo e nella disciplina, in quel peculiare lavoro grazie a cui l'uomo è stato reso necessario, uniforme, coerente con la sua ragione e calcolabile. "La modernità attua il passaggio dal *mondo del pressappoco al mondo della precisione*: [...] qualità, misura, esattezza, precisione diventano il punto di riferimento per ogni conoscenza che si pretenda scientifica"<sup>23</sup>, al sapere medico in particolare è affidato il controllo sui corpi. L'esercizio di questo controllo è reso possibile dalla creazione di due polarità speculari e complementari, "l'uomo calcolabile e il folle"<sup>24</sup>, i due termini ultimi di questo processo di costruzione del soggetto moderno, processo in cui la psichiatria gioca un ruolo centrale insieme al sistema penale e al potere giudiziario.

---

<sup>23</sup> A.M. Iacono, *L'osservatore e le istituzioni*, in (a cura di) V. Fiorino, *Rivoltare il mondo, abolire la miseria: un itinerario dentro l'utopia di Franco Basaglia (1953-1980)*, op. cit., p. 76.

<sup>24</sup> M. Galzigna, *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Venezia, Marsilio, 1992, p. 7.

Intorno alla fine del Settecento il medico entra a pieno titolo sulla scena della follia<sup>25</sup> diventando un personaggio centrale in una problematica sia medica che sociale poiché, come vedremo, fino agli inizi dell'Ottocento la psichiatria, ancora chiamata *medicina dello spirito*<sup>26</sup>, si prefigge come scopo il restituire al malato la sua *moralità*.

## §2. Il folle è un alienato: Philippe Pinel

Scritto nel 1800, il *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie* di Philippe Pinel è considerato una delle opere fondamentali della nascente psichiatria moderna; si tratta di un testo che si presenta come un elaborato puntuale, ricco di descrizioni e storie singolari, un resoconto ragionato delle esperienze del medico francese presso l'ospedale di Bicêtre e, successivamente, presso la celebre Salpêtrière.

Alle pagine del *Traité* Pinel non ha invero consegnato un'esposizione teorica sulle sue scoperte riguardo "la mania", termine con il quale indica - in modo generico e non esente da confusione - la follia, bensì i segreti del suo metodo, racchiusi sostanzialmente in tre aspetti fondamentali: l'empirismo conoscitivo del medico, l'instaurazione di una relazione autoritaria tra curante e curato e l'ordine interno dell'asilo. Questi i cardini del *trattamento morale* pineliano, la strategia e la terapia di cura della follia, intesa come vera e propria malattia, ma in un senso particolare ossia *morale*: non si tratta di un termine che rimanda all'etica bensì si riferisce alle funzioni affettive dell'uomo, alle sue passioni e alle sue emozioni<sup>27</sup>; la follia rappresenta dunque un'alterazione abnorme delle "facoltà sensibili" dell'uomo, del suo comportamento verso i suoi simili, della sua dimensione "sensitiva-affettiva-emozionale"<sup>28</sup>. Un adeguato trattamento, se effettuato in tempo, può riportare il soggetto all'ordine morale che lo contraddistingue in

---

<sup>25</sup> Per approfondire questo momento costitutivo in continuità storica con gli assetti precedenti, si veda R. Castel, *L'ordine psichiatrico, l'epoca d'oro dell'alienismo*, a cura di F. Giacanelli, Milano, Feltrinelli, 1980 e M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, ed. or. 1961.

<sup>26</sup> M. Galzigna, *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, op. cit., p. 34.

<sup>27</sup> Per un'analisi più approfondita del concetto di *morale* in Pinel si veda S. Moravia, *Alla ricerca della ragione perduta*, prefazione a P. Pinel, *La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, op. cit., pp. XVI-XVII.

<sup>28</sup> *Ivi*, p. XVII.

quanto uomo; assunto fondamentale per Pinel è dunque la curabilità della mania, ma ad alcune condizioni. Prima tra tutte: l'isolamento del folle presso l'asilo, affinché possa rompere "con quel focolaio d'influenze non controllate nel quale la malattia attingerebbe ciò di cui alimentare il suo disordine. [...] Il sequestro è la condizione prima di ogni terapeutica della follia"<sup>29</sup>.

Il manicomio pineliano non è il luogo delle catene e delle percosse, ritenute dallo stesso medico operazioni inumane e dannose, è il luogo in cui il folle, vivendo separato dal mondo che in un qualche modo ha concorso o è causa del suo smarrimento morale, sotto il continuo controllo del medico e dei sorveglianti, che agiscono in via del suo bene e della sua riabilitazione ha l'opportunità di guarire o quanto meno alleviare il suo stato morboso. "A partire da questo principio, il paradigma dell'internamento dominerà tutta la medicina mentale per un secolo e mezzo"<sup>30</sup> dichiara Castel, attribuendo all'opera pineliana il termine di "alienistica": il folle può a buon diritto chiamarsi alienato, riferendosi al significato etimologico del termine.

Soltanto dentro il manicomio, un mondo parallelo fisso, rigido e ordinato contrapposto al mondo caotico, insicuro, corrotto, il medico può sperare di riportare ordine nella vita e nella mente del malato, entreremo nei corridoi, nelle camere, nelle cucine, nella sala dei medici nella seconda sezione di questo capitolo; rivolgiamo adesso l'attenzione ai presupposti metodologici di Pinel, ossia alla parte *philosophique* del suo *Traité*, al fine di cogliere che cosa di questa psichiatria delle origini si intravede ancora nella clinica psichiatrica ben nota a Binswanger e che cosa invece abbia disatteso le sue promesse.

### §3. *Lo sguardo e la parola: forza e limiti di una pratica*

Sagacia, zelo ardente, attenzione continua e infaticabile sono le qualità necessarie per spiare minuziosamente i comportamenti di ciascun alienato, per cogliere il bizzarro andamento delle sue idee e il carattere particolare del suo delirio; infatti, non è forse vero che i diversi tipi di delirio sono prodotti dall'età, dalla costituzione, dalle abitudini contratte, dalla complicazione della mania con altre malattie, dall'intensità della lesione delle facoltà morali? In certi casi molto difficili, parecchi mesi dedicati allo studio di

---

<sup>29</sup> R. Castel, *L'ordine psichiatrico, l'epoca d'oro dell'alienismo*, op. cit., p. 65.

<sup>30</sup> *Ibidem*.



questi fattori sono appena sufficienti per decidersi, e per stabilire con precisione quale tentativo di cura debba essere adottato.<sup>31</sup>

Il principio fondamentale sul quale si erige tutto il pensiero pineliano è la puntuale e costante osservazione dei pazienti, uno sguardo attento e vigile che riesca a "penetrare il segreto"<sup>32</sup> dei loro pensieri facendo fronte ai numerosi ostacoli suscitati dal loro comportamento e dalla loro condizione. Ciò che la follia rende opaco, oscuro, indecifrabile, il medico deve riuscire a comprendere "esaminando in successione ogni soggetto con attenzione"<sup>33</sup>, ricostruendo dettagliatamente il quadro clinico dell'ammalato, la storia del suo vissuto e dei suoi sintomi osservandolo ma anche *ascoltandolo*. Pinel considera che il medico abbia una visione d'insieme dei fenomeni della malattia, costruirsi tale una tale visione necessita un'osservazione puntuale degli epifenomeni ma anche e soprattutto un ascolto instancabile dei racconti del vissuto del malato, i suoi deliri, le sue menzogne.

"Questi segni esterni [...] formano, attraverso le loro diverse combinazioni, dei quadri isolati più o meno distinti e fortemente pronunciati, a seconda che si abbia lo sguardo più o meno esercitato"<sup>34</sup>: come queste parole nell'opera *Nosographie philosophique* (1800) Pinel esprime l'altro principio fondamentale del suo metodo ossia ordinare tutti i sintomi osservati e ascoltati in un quadro nosologico, procedendo a classificazioni fondate su affinità e differenze dei segni rispetto ad una preesistente raccolta. La nosologia delle malattie morali è calcata sul sistema delle malattie somatiche, come accade per le febbri o le disfunzioni corporee anche le malattie della mente possono essere classificate in configurazioni stabili basate sulla descrizione dei loro segni. La quinta sezione del *Traité* è dedicata alla proposta nosografica di Pinel che distingue quattro tipi fondamentali di alienazione mentale: la *malinconia*, la *mania senza delirio* o *mania con delirio*, la *demenza* e l'*idiotismo*, unico disturbo attribuibile anche a cause fisiche per cui non si prospetta curabilità. La particolarità di quest'ordine, in realtà non molto

---

<sup>31</sup> P. Pinel, *La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, op. cit., p. 74.

<sup>32</sup> *Ivi*, p. 20.

<sup>33</sup> *Ivi*, p. 25.

<sup>34</sup> R. Castel, *L'ordine psichiatrico, l'epoca d'oro dell'alienismo*, op. cit., p. 78.

preciso<sup>35</sup> è il proporre non una rigida sistemazione di strutture fisse della malattia bensì descrivere degli eventi, dei processi in corso nell'organismo affetto, infatti il catalogo nosografico ne racconta la storia, dall'apparizione allo spontaneo sviluppo, fino alla naturale scomparsa. L'importanza che Pinel conferisce alla lettura puntuale e diretta dei segni di ogni singolo caso e alla scrupolosità dello sguardo e della parola del medico si evincono dalle pagine stesse del *Traité*, pagine in cui i protagonisti non sono descrizioni astratte ma vicende concrete, il cuore è il singolo caso, quella determinata mania o demenza più che la mania o la demenza in sé.

Esquirol spinge ancora più avanti l'empirismo clinico del suo maestro, costruendo una vera e propria semeiotica della follia fondata su una "finissima attenzione al vissuto complessivo dell'ammalato"<sup>36</sup> decifrando i suoi sintomi *osservando e ascoltando* lui stesso e la sua storia, singolarmente.

L'alienistica pineliana che con l'opera di Esquirol si completa presenta un risvolto inaspettato: da un lato, la segregazione manicomiale porta avanti un processo di oggettivazione dell'ammalato, marcandolo come alienato e rinchiodendolo in quel laboratorio artificiale che è l'asilo, dall'altro lato lo sguardo e la parola del medico avviano un contemporaneo e contraddittorio "processo di soggettivazione che non riduce mai il sintomo al segno, che non astrae mai i sintomi stessi dal vissuto dell'alienato e dalle sue coordinate socio-culturali"<sup>37</sup>, processo che secondo Galzigna può essere letto come "l'avvio di una prospettiva fenomenologico-clinica, [...] avvio dimenticato dagli alienisti e quasi sempre taciuto o ignorato in sede storiografica"<sup>38</sup>.

L'approccio fenomenologico *ante litteram* iniziato da Pinel e continuato da Esquirol emerge anche dalla lettura della terza parte del *Traité* pineliano, sezione dedicata agli studi anatomici sui difetti di conformazione dei crani dei malati. In quegli anni i progressi dell'anatomia aprono nuovi spazi di verifica per le teorie mediche: sono gli anni in cui alla Salpêtrière come in ogni altro ospedale "si aprono i cadaveri e si cercano nella forma del cranio i segni di una deficienza

---

<sup>35</sup> S. Moravia, Prefazione a P. Pinel, *La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, op. cit., pp. XIX ss.

<sup>36</sup> M. Galzigna, *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, op. cit., p. 117.

<sup>37</sup> *Ivi*, p. 115.

<sup>38</sup> *Ibidem*.

organica, o anche di una malformazione ereditaria"<sup>39</sup>. Uomo di scienza, Pinel è costretto a fare lo stesso, misura e riporta i risultati delle sue autopsie dichiarando però la profonda distanza del suo metodo da questa esplorazione della base organica, per lui figlia di un oscurantismo metafisico responsabile di pregiudizi e false convinzioni, come l'incurabilità del male morale. "Uno dei principali scopi delle mie ricerche, da sei anni, è stato di eliminare tale incertezza attraverso una numerosa serie di fatti raccolti negli ospizi"<sup>40</sup>, fatti che dimostrano la curabilità di molte manie per mezzo dell'applicazione dello scrupoloso trattamento morale. Se il male fosse "nel cervello", come sostengono molti autori che in quegli stessi anni effettuavano misurazioni e comparazioni di crani durante autopsie, non vi sarebbe alcuna possibilità di curare - certamente non con i mezzi del tempo - questi guasti fisici. La curabilità è il presupposto principale del trattamento morale, per quanto Pinel fosse a conoscenza, data la sua immensa esperienza clinica, dell'esistenza di mali considerati morali incurabili e irreversibili come l'*idiotismo*, sospende il giudizio sulla spinosa questione delle corrispondenze anatomiche della follia, sulla loro effettiva presenza e, nel caso positivo, sulla questione aperta di cosa sia causa e cosa effetto dello stato patologico.<sup>41</sup>

Sarebbe fare una cattiva scelta se prendessimo l'alienazione mentale come un oggetto particolare di ricerca, abbandonandoci a discussioni vaghe sulla sede dell'intelletto e la natura delle sue diverse lesioni; poiché niente è più oscuro e impenetrabile. Ma, se si resta in saggi limiti, ci si attiene allo studio dei suoi caratteri distintivi manifestati da segni esterni e non si adottano per principi del trattamento che i risultati di un'esperienza illuminata, si rientra allora nel modo di procedere che viene generalmente seguito in tutte le parti della storia naturale; e procedendo con riserva nei casi dubbi, nono si ha più da temere di smarrirsi.<sup>42</sup>

L'empirismo pineliano è davvero fenomenologico-descrittivo, non ha niente in comune con lo "sguardo chirurgico" che va affermandosi in quegli stessi anni grazie all'apertura dei cadaveri, alla ricerca delle cause organiche del male.

---

<sup>39</sup> R. Castel, *L'ordine psichiatrico, l'epoca d'oro dell'alienismo*, op. cit., p. 83.

<sup>40</sup> P. Pinel, *La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, op. cit., p. 79.

<sup>41</sup> "I due alienati ridotti all'idiotismo, dei quali ho descritto la conformità della testa, presentano, attraverso le loro rispettive differenze, una caratteristica che li avvicina, e cioè una grande diminuzione del volume del cranio, con una quasi completa obliterazione delle facoltà intellettuali e affettive. Ma lo stato fisico ha allora esercitato un'influenza diretta sullo stato morale, e si può considerare l'uno come la causa produttrice dell'altro? Io mi astengo dal pronunciarmi a questo riguardo, e mi limito a tracciare la linea che separa il vero dal probabile" Cfr. P. Pinel, *La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, op. cit., pp. 93-94.

<sup>42</sup> *Ivi*, p. 12.

L'approccio della scuola alienistica è realmente empirico, i suoi strumenti sono lo sguardo e la parola. Il passaggio dall'alienistica ad una scienza psichiatrica che si uniformi al nascente paradigma organicista della medicina generale, in altri termini il passaggio dalla malattia morale alla "malattia del cervello", viene percepito con urgenza dai medici ottocenteschi in virtù di un problema antico: le incertezze e i dubbi che si scatenano nel medico di fronte alle manifestazioni della follia, fenomeni che complicano l'applicazione del trattamento morale.

L'incontro tra medico e alienato si iscrive molto spesso sotto il segno di enormi resistenze di quest'ultimo alle "cure" e all'isolamento asilare, che si esprimono in silenzi, lotte e molto spesso in menzogne e sintomi simulati. La preoccupazione per il pericolo della simulazione è ricorrente in Pinel come nei suoi allievi, è un tema a cui i trattati di psichiatria già dai primi dell'Ottocento riservano ampio spazio<sup>43</sup>. Al suo ingresso nel manicomio, al folle è richiesta una vera e propria *confessione*, sulla falsa riga di quella penitenziaria e religiosa; il pazzo racconta al medico la storia del suo male e al tempo stesso gliene mostra i segni presenti fornendo al medico la *prova* della sua condizione. Per arginare il rischio di cadere nei tranelli dell'alienato, il dottore ricorre a un interrogatorio degno di un grande inquisitore<sup>44</sup>, mettendo in atto trabocchetti ed espedienti<sup>45</sup> per smascherare, dove presente, la simulazione.

La simulazione mette a rischio non soltanto l'opera del medico, ma anche il suo *status* e tutta il suo sapere: il medico empirista che si serve del suo sguardo e ascolta la parola dell'alienato ha un grande punto debole e cioè essere incatenato e vincolato nell'azione ai soli sintomi e al vissuto del paziente, che è probabile siano in parte o completamente falsi. Falret rimprovera al maestro Pinel di aver fatto

---

<sup>43</sup> Cfr. M. Galzigna, *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, op. cit., p. 27.

<sup>44</sup> Sul tema dell'interrogatorio, si veda la parte lui dedicata nella seconda sezione di questo capitolo: *infra* pp. 39 ss.

<sup>45</sup> Riportiamo l'esempio di una storia riportata nell'archivio del manicomio veneziano di San Servolo, descritta da Galzigna: "Quando l'omicida Emanuele Cristoforo Haggi detto Cristo Belo, viene interrogato in manicomio da un «consesso giudiziale» («giudici, medici ed altre persone che aveva veduti in prigione»), con la collaborazione di un «apposito interprete», le sue reazioni manifestano palesemente il disperato tentativo di sottrarsi all'interrogatorio: «mutismo assoluto», oppure «pianti e singhiozzi». La situazione verrà sbloccata solo da una domanda-tranello, alla quale l'inquisito riuscirà a rispondere, modificando radicalmente il proprio atteggiamento: «Poi quando gli chiesero se desiderava tornare libero al suo paese, allora rasserenandosi rispose subito perché avesse il suo passaporto. Finita la seduta ritornò nel reparto consueto tranquillo sereno e ridente»" Cfr. M. Galzigna, *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, op. cit., p. 27.

dipendere l'opera del medico dalla "*dictée des aliénés*"<sup>46</sup>, averla cioè resa osservazione e raccolta passiva di sintomi che possono trarlo in errore. La scuola psichiatrica di fine Ottocento e inizi Novecento, seguendo l'esempio di Falret, cercherà altrove e con altri strumenti le prove dell'effettiva presenza della follia e delle sue cause: sul corpo del malato, o meglio, "nel suo cervello".

#### §4. *Le malattie mentali sono malattie del cervello: la follia in Wilhem Griesinger*

L'alienistica francese dei primi dell'Ottocento di Pinel ed Esquirol e l'opera dei loro allievi - Falret e Moreau due per tutti per poi arrivare alla teoria della degenerazione di Morel - divergono in molti aspetti, ma il cambio di prospettiva fondamentale è dato da una nuova considerazione della parola del malato. Non sentendosi più *sous la dictées des aliénés*, questa nuova generazione di psichiatri non considera la classificazione dei fenomeni e la terapia dipendenti da questa parola e dal dialogo che essa rende possibile, bensì la parola stessa non è che un sintomo della malattia in corso e, come tale, costituisce materiale da raccogliere e schedare in complessi nosografici che vanno perfezionandosi.

I progressi dell'anatomia e della fisiologia conferiscono alla medicina una nuova "scientificità" avvicinando l'operato del dottore a quello dello scienziato; la psichiatria, conscia della sua posizione particolarmente scomoda e dei limiti del suo operato poiché ha a che fare anzitutto con quel misterioso oggetto che è la psiche, avverte con urgenza la necessità di uniformarsi alle nuove pratiche mediche. Nei manicomi si aprono dunque i cadaveri scandagliando con bisturi e strumenti di misurazione *cranio* e *cervello*, portando a compimento l'oggettivizzazione organicistica della psiche, dotandola di un luogo fisico e di un involucro. Per essere scienza positiva e ramo indipendente della medicina, la psichiatria clinica degli ultimi decenni dell'Ottocento riduce la follia ad un malfunzionamento cerebrale e l'alienistica alla neurologia.

"L'autentica Magna Charta della psichiatria clinica risale al 1861, all'epoca cioè della pubblicazione della seconda edizione di *Patologia e terapia delle*

---

<sup>46</sup> M. Galzigna, *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, op. cit., p. 85.

*malattie della mente* di Griesinger"<sup>47</sup>, afferma Binswanger, presentando lo psichiatra tedesco non come un innovatore, bensì come colui che ha riassunto nell'efficace frase "le malattie mentali sono malattie del cervello" l'avvenuta transizione dell'alienistica dall'empirismo clinico pineliano alla ricerca del difetto organico, l'approdo ad un'interpretazione della follia come alterazione della struttura o del funzionamento cerebrale.<sup>48</sup>

La ricerca della causa organica cerebrale della follia porta lo psichiatra ad attuare un enorme processo di riduzione e semplificazione della molteplicità dei fenomeni che si trova di fronte all'incontro con il paziente: egli vaglia attentamente le espressioni, il comportamento e le vistosità di quel soggetto ormai divenuto oggetto d'indagine trasformando queste manifestazioni in *segni*, epifenomeni del morbo che, dal danno cerebrale, viene manifestandosi in queste alterazioni dello stato di quiete psico-fisica.

Il sintomo non ha significato per se stesso, ma soltanto in quanto rimanda al processo patologico in corso all'interno dell'organismo, un'infezione ad esempio, oppure una menomazione.

La psicologia che si afferma tra Ottocento e Novecento, legata tra gli altri ai nomi di Fechner, Ribot e Wundt, anch'essa erede del positivismo, si preoccupa costituirsi come scienza: il suo approccio al suo oggetto di indagine, la psiche, presuppone l'assunzione del fondamento esclusivamente naturale dunque organico dell'essere umano e di tutte le sue manifestazioni.

---

<sup>47</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 257.

<sup>48</sup> Binswanger nell'articolo *Freud e la costituzione della psichiatria clinica* percorre un *excursus* della storia della costituzione della psichiatria clinica tedesca. La certezza dell'affidabilità e imparzialità del suo punto di vista ci deriva dalla lucidità di queste pagine e dal fatto, da non dimenticare, che Binswanger ha sempre avuto ben presente le necessità teoriche e pratiche a cui la psichiatria è sottostata per divenire clinica, accettandole egli stesso. Come notano ad esempio Cargnello e Giacanelli nella loro *Introduzione* al caso Ellen West, Binswanger "non si è mai sognato di dettare un'altra nosografia diversa da quella classica" e ha sempre sottolineato i risultati ammirevoli dei suoi predecessori, senza mai smettere completamente di essere loro allievo. Cfr. D. Cargnello e F. Giacanelli, *Prefazione* a L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit.

Perseguendo l'ideale di rigore ed esattezza delle scienze naturali<sup>49</sup>, la psicologia sperimentale giura fedeltà all'oggettività frammentando la vita psichica in funzioni elementari ben delineate come volontà, sensibilità, memoria, immaginazione; passa poi all'analisi delle variazioni quantitative e qualitative di ogni funzione fino all'elaborazione di leggi da comprovare con una verifica sperimentale. La psicologia riduzionista ben si presta a ricondurre le cause delle variazioni "abnormi" delle funzioni psichiche a cause organiche. La concezione riduzionista della follia di Griesinger e dei suoi continuatori trova dunque nella "psicologia empirica"<sup>50</sup> una conferma e non un ostacolo: in quanto di natura organica, anche le manifestazioni psichiche possono venire interpretate seguendo i principi del metodo naturalista, è dunque possibile concepirle ed interpretarle quali funzioni di un organo, il cervello. Si producono così "le condizioni della nascita di una teoria, di una costituzione della psichiatria nello spirito delle scienze naturali, che culmina nell'affermazione «la pazzia è soltanto un complesso sintomatologico di diversi stati anormali del cervello»"<sup>51</sup>; una teoria dunque irrimediabilmente materialistica che però non è corroborata da risultati sperimentali certi: si aprono i cadaveri e si studia il cervello, ma ciò che si trova non è in grado di dare risposte esaurienti su che cosa sia realmente la causa della vita psichica, "normale" quanto alterata. Binswanger cita direttamente "la Magna Charta" di Griesinger mostrando l'intelligente cautela del medico il quale, da grande neurologo quale era, non poteva tacere le sue perplessità, al contrario rinnegate dai suoi successori:

Che dire ora del piatto e superficiale materialismo che vorrebbe gettare a mare i fatti più generali e di maggior valore della coscienza umana soltanto perché essi non si possono toccare con mano nel cervello? Considerando i fenomeni del sentire, del rappresentare e del volere quali attività cerebrali, la concezione empirica non soltanto lascia impregiudicato il contenuto effettivo della vita psichica umana in tutta la sua ricchezza, [...] ma per essa restano naturalmente in sospeso anche le questioni metafisiche del *che cosa*, della  *sostanza* psichica implicata in queste relazioni del sentire, del rappresentare

---

<sup>49</sup> Per un rapido e schematico orientamento su quali siano concretamente i modelli scientifici presi in prestito dalla psicologia sperimentale tra Ottocento e Novecento, rimando all'articolo di M. Foucault, *La psychologie de 1850 à 1950*, in "Revue Internationale de Philosophie", vol. 44, n. 173, 2/1990, pp. 159-176. Nella seconda parte del testo, il filosofo distingue sinteticamente tre modelli fondamentali: il modello fisico chimico, denominatore comune di tutte le scienze, definito dalla *Logica* di Mill, il modello organico anatomico e fisiologico elaborato da Bichat, Magendie, Claude Bernard e infine il modello evoluzionista legato alle opere di Darwin e Spencer.

<sup>50</sup> Binswanger citando Griesinger, Cfr. L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 258.

<sup>51</sup> *Ibidem*.

e del volere. [...] Essa deve aspettare tranquillamente l'epoca in cui gli interrogativi sulla connessione del contenuto della vita psichica umana con la sua forma diventeranno, invece che dei problemi metafisici, problemi fisiologici.<sup>52</sup>

La comprensione delle cause e della natura della vita psichica non può ancora rientrare nel solo campo della fisiologia, certo in Griesinger vi è questa speranza per il futuro, ma anche intelligente cautela riguardo al presente, cautela ben presto perduta nei suoi allievi i quali, sull'onda dell'entusiasmo per i rapidi progressi dell'anatomia cerebrale, rinnegano i dubbi relativi alla congruenza perfetta tra disturbo mentale e disturbo cerebrale radicalizzandola, come ad esempio mostra "l'affermazione di Meynert secondo cui l'anima non può essere una monade, perché sono due gli emisferi che, nella loro estensione complessiva, hanno la coscienza"<sup>53</sup>.

Il punto focale di questa teoria della follia materialista e organicista che inevitabilmente scricchiola sono le sue conseguenze sul piano della terapia psichiatrica ossia la completa "*spersonalizzazione o depersonalizzazione dell'essere umano*"<sup>54</sup>. La considerazione delle manifestazioni della follia come meri segni di una patologia o di un malfunzionamento cerebrale scredita infinitamente la storia del vissuto e dei sintomi del paziente, così importanti nell'alienismo pineliano, per rivolgersi esclusivamente all'osservazione delle sue funzioni vitali alterate, somatiche e psichiche, funzioni che sono generali, mai personali, mai particolari, il soggetto folle è un oggetto da laboratorio come tutti gli altri. Non si parla più di follia, bensì di malattia mentale e se ne analizzano gli epifenomeni somatici e psichici alla ricerca di corrispondenze organiche.

Eppure, questi sintomi sono troppi e troppo diversi tra loro, è impossibile non considerare le variazioni da un malato all'altro; il fatto che siano di vario genere, alcuni disturbi del comportamento, altri del movimento, altri ancora della parola e via dicendo, il loro essere discontinui o in alternanza, ovvero il caos che regna nella sintomatologia del pazzo ora chiamato malato fa sentire con urgenza la

---

<sup>52</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., pp. 258-259.

<sup>53</sup> *Ivi*, p. 263.

<sup>54</sup> *Ivi*, p. 261.



necessità di fare ordine il questo delirio di manifestazioni che lo psichiatra ha di fronte.

La classificazione delle malattie e dei sintomi loro correlati non nasce certo in questi anni, è un obiettivo antico di tutta la scienza medica; in psichiatria il rigido materialismo di Griesinger e dei continuatori porta la nosografia ad una fase stagnante in quanto si registrano i sintomi trattandoli al pari di segni, senza ricostruire l'intero processo morboso, fotografando il qui e ora della malattia alla ricerca di una regolarità inesistente.

Il passo decisivo nella costituzione della psichiatria è rappresentato dall'opera di Emil Kraepelin che con la sua riforma della nosografia riconduce la classificazione dei quadri morbosi secondo i reperti anatomico-patologici alla clinica, riaffermando il potere dello sguardo e della parola.

#### *§5. Ordinare il caos: Emil Kraepelin e la nosografia psichiatrica*

L'opera di Emil Kraepelin segna una svolta decisiva per la costituzione della psichiatria clinica, in quanto pone al centro dell'operare del medico la registrazione e la classificazione dei sintomi del malato, raccolti grazie all'osservazione delle manifestazioni della sua follia e grazie all'indagine sulla nascita, il decorso e l'esito di tali sintomi. Ricostruisco questo percorso.

La psichiatria tedesca della seconda metà dell'Ottocento è caratterizzata da due atteggiamenti fondamentali: il tentativo di comprendere la malattia mentale come alterazione delle strutture e delle funzioni cerebrali e il tentativo di descrivere e classificare le malattie sulla base di complessi di sintomi tra i quali è estremamente difficile orientarsi, per poi ricollegarli alle alterazioni del sistema nervoso.

I grandi nomi della psichiatria clinica di cui Binswanger è figlio sono Karl Kahlbaum, Emil Kraepelin e Eugen Bleuler. È un indirizzo nuovo, eppure antico poiché si rivolge all'alienistica degli inizi, a Pinel ed Esquirol, all'importanza dell'approccio empirico ma non meramente materialistico al paziente; è il tentativo di una nuova sintesi tra il bisturi dell'anatomopatologo e lo sguardo e la parola dell'alienista.

Lo sguardo è centrale in Kahlbaum, è interessante ricordare la sua opera poiché per molti aspetti la nosografia di Kraepelin ne rappresenta un più approfondito sviluppo.

Le sue indagini scientifiche sull'attività psichica sono condotte scrupolosamente: *osservando* i pazienti, egli individua e distingue tre funzioni fondamentali della psiche - il sentimento, la ragione, la volontà - in seguito vi fa corrispondere in termini psicofisiologici le funzioni nervose sensoriale, cerebrale e motoria. Si tratta delle funzioni fondamentali del sistema nervoso e la loro alterazione patologica, sempre tenendo fede all'assunto per cui le malattie mentali sono malattie cerebrali, corrisponde plausibilmente alle principali malattie psichiatriche di eco pineliana, la melanconia, la mania, la moria e infine la demenza, che comprende la degenerazione di tutte e tre le funzioni. Kahlbaum si rende conto di aver di fronte degli stati morbosi generali, dei complessi di sintomi che posso manifestarsi sia singolarmente, sia insieme ad altri, essere costanti oppure intermittenti, non si tratta di malattie ben distinte e rese ben riconoscibili da una sintomatologia certa, al contrario, sono di complessi di sintomi che, a causa del loro decorso continuo o discontinuo, non possono essere una base salda per una vera diagnosi organica, anche se in alcuni casi hanno un valore prognostico. Pur riconoscendo questi limiti, Kahlbaum considera della massima importanza lo studio clinico dell'ampiezza, del decorso e dell'esisto di questi fenomeni e si dedica alla paziente registrazione di questo materiale clinico, studiando la storia dei sintomi e le loro peculiarità.

Kraepelin riprende e sviluppa questo aspetto clinico fondamentale: un'indagine precisa e puntuale dei sintomo è necessaria per orientarsi e costruire una classificazione delle malattie mentali, essa deve basarsi insieme di sintomi rintracciati grazie all'osservazione ed al monitoraggio diretto dei pazienti, ricostruendo la storia clinica del malato.

L'opera nosografica di Kraepelin, elaborata in maniera definitiva nella quarta edizione del suo *Compendio di psichiatria* (1894), è caratterizzata da questo nuovo indirizzo clinico che si rivolge all'intero insieme delle manifestazioni del paziente.

"Il sistema kraepeliniano costituisce un punto di svolta nella storia della psichiatria contemporanea"<sup>55</sup> poiché, per quanto abbia sempre sperato di poter fondare l'origine delle malattie mentali sulle istanze dell'anatomia patologica, Kraepelin non ha mai rinnegato le evidenze della sue indagini cliniche per corroborare la teoria della follia come malattia cerebrale. La psichiatria ha del resto a che fare con due classi di fenomeni distinti e, per il momento, tra loro irriducibili: da un lato difetti organici e lesioni somatiche, dall'altro manifestazioni psichiche sulle quale i risultati dell'anatomia e della neurologia non portano ancora chiarezza; l'impossibilità di una soluzione soddisfacente del problema psicofisico ha portato ad un irrigidimento della psichiatria nel campo dell'analisi anatomopatologica.

Felice Mondella, citando direttamente Kraepelin nel suo articolo *Il concetto di malattia mentale nell'opera di Emil Kraepelin* (1986), sottolinea come lo psichiatra, per quanto confidasse in un futuro comprendere le malattie mentali sui risultati dell'anatomia, considerasse sbagliato e nocivo l'interesse esclusivo di molti suoi contemporanei per la neuropatologia e l'anatomia del cervello. La connessione tra gli eventi corporei e gli eventi psichici non può esaurirsi nell'assunzione di un semplice legame causale come quello proposto da Griesinger,

Al parallelismo psicofisico [...] ci possiamo avvicinare solo se «scomponiamo gradualmente i complessi fenomeni della vita psichica e corporea nei loro singoli elementi». Ma questo è possibile solo se ad una anatomia patologica si accompagna una semplice ed univoca psicopatologia. Quest'ultima comporta che vengano conosciute «nella loro natura e nel loro rapporto quelle funzioni psichiche che prendono parte ai complessi processi associativi». Sinché questi risultati non siano raggiunti in modo adeguato, conclude Kraepelin, meglio rinunciare al dibattito teorico sulle malattie mentali e dedicarsi allo studio dei singoli casi clinici accontentandosi [...] di una «delimitazione pratica delle singole forme di malattia».<sup>56</sup>

Rispetto agli altri tentativi di classificazione, il sistema nosografico kraepeliniano riflette un interesse per tutto l'organismo del malato e non solo per le disfunzioni cerebrali: è la storia dell'intero quadro patologico del paziente ad

---

<sup>55</sup> F. Stok, "Kraepelin e i kraepeliniani in Italia", in F.M. Ferro (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Vita e pensiero, 1989, p. 384.

<sup>56</sup> F. Mondella, *Il concetto di malattia mentale nell'opera di Emil Kraepelin*, in "Sanità, scienza e storia", n. 3, 1986, p. 90.

essere al centro di un'indagine scientifica che tiene conto del decorso, della durata, dell'esito delle malattie e soprattutto cerca di rinvenirne le cause. Questo ampliamento del campo di indagine della psichiatria è sorprendentemente innovativo rispetto ai precedenti indirizzi teorici con cui Kraepelin si confronta. La ricerca empirica clinica è dunque il fulcro della sua opera, ricerca che passa attraverso l'osservazione dei comportamenti abnormi del malato, ma soprattutto attraverso la pratica interrogatoria. Il fattore determinante della personalità mentalmente disturbata è per Kraepelin lo stato della volontà e della libertà di autodeterminarsi del paziente, ascoltarlo e intrattenere un dialogo, sebbene come si vedrà tra poco di un certo tipo, è fondamentale per costruire una classificazione delle forme morbose della malattia psichiatrica.

L'indagine nosografica deve tuttavia essere condotta sotto il segno dell'oggettività: le numerosissime cartelle cliniche che Kraepelin raccoglie per tutta la sua carriera non tradiscono alcun interessamento alle vicende psicologico-emotive dei suoi pazienti come probabili cause della malattia, la storia raccolta è quella di un caso medico tra tanti, storia dei sintomi e non della persona. Dalle coincidenze o dalle discrepanze con altri casi si cerca di ritagliare profili di quadri clinici "tipo" che circoscrivono varie forme morbose permettendo la costruzione di una nosografia che dipende dalla clinica, dallo sguardo e dalla parola, un interesse rivolto al di là dell'ambito neurologico che abbraccia l'intero organismo pur riconducendolo ad un quadro generale, riduzionista.

L'inclinazione per la clinica sarebbe stata messa da parte da molti dei suoi contemporanei, secondo Kraepelin, in favore delle ricerche fisiologiche e anatomiche non tanto per la cieca fede in un principio materialista, ma piuttosto a causa di condizioni sfavorevoli ad un'osservazione clinica sistematica: "le cliniche con il loro rapido ricambio di malati, senza l'aiuto dei grandi manicomi, non sono in grado di rispondere ai quesiti più importanti sul decorso e sull'esito delle malattie psichiche"<sup>57</sup>. L'importanza di registrare informazioni sul decorso e sull'esito delle patologie riposa sulla concezione stessa della malattia mentale in Kraepelin e cioè un'unità naturale autonoma, una forma morbosa che colpisce l'organismo. Il criterio discriminante per capire di quale malattia si tratta è dunque

---

<sup>57</sup> F. Mondella, *Il concetto di malattia mentale nell'opera di Emil Kraepelin*, op. cit., p. 98.

seguirne la storia individuale, da questo ha origine l'attenzione, seppur ancora riduzionista, dello psichiatra tedesco alla storia patologica del paziente.

Kraepelin, pur confidando nella possibilità futura di comprendere anatomicamente l'origine delle forme morbose, rilevava l'inutilità presente di ordinare le malattie in base al reperto anatomico-patologico, questa convinzione e il relativo riferimento all'indagine clinica sono destinati a suscitare vive opposizioni. La ricostruzione delle vicende dei kraepeliniani in Italia, a cui Fabio Stok ha dedicato il saggio precedentemente citato, è emblematica rispetto a "che cosa accadde dopo Kraepelin" nella storia della psichiatria. Con lo psichiatra tedesco, per quanto, come si è illustrato, la sua opera sia ancora profondamente segnata dal riduzionismo, si è intravista un'apertura verso una "scienza del malato di mente" diversa, apertura che tuttavia è stata immediatamente richiusa dai continuatori in tutta Europa. Il caso italiano è peculiare in quanto i kraepeliniani riscontrarono fin dall'inizio le maggiori resistenze del mondo scientifico che accettò passivamente il sistema nosografico proposto da Kraepelin e soltanto quando era già stato adottato negli altri paesi europei. Non sorprende dunque che il nostro Paese abbia conosciuto tardivamente anche l'opera di Binswanger e le alternative ad una psichiatria prettamente riduzionista.

## **2. Terapie, spazi e relazioni nella psichiatria**

### *§1. Controllare per guarire: il richiamo all'ordine dell'alienistica*

La figura di Philippe Pinel è indissolubilmente legata al mito del *gesto liberatore* del medico-*filantropo* che sciolse le catene a cui i pazzi erano costretti, liberandoli dalle condizioni disumane in cui erano tenuti negli asili francesi, come del resto in tutta Europa, ancora nel XVIII secolo. Nella pagine del suo *Traité*, il padre dell'alienistica ribadisce più volte la necessità di trattare con umanità i pazienti, regolandosi tra "la dolcezza o la fermezza"<sup>58</sup> a seconda delle resistenze e delle reazioni di questi senza maltrattarli. Nonostante le esagerazioni di molte ricostruzioni della figura di Pinel come di un filantropo magnanimo, è senza

---

<sup>58</sup> P. Pinel, *La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, op. cit., p. 65.

dubbio corretto affermare che la sua gestione dell'ospedale di Bicêtre come della clinica Salpêtrière si iscrisse sotto il segno di una riforma del trattamento degli alienati, riforma che, ben inteso, non significò certamente restituire loro la dignità di persone, ciò che continuò ad accadere nei manicomi in tutta Europa fino a non molto tempo fa non è certo sinonimo di umanità e diritti<sup>59</sup>. Il gesto liberatore di Pinel significa concretamente togliere le catene - o meglio, alcune, e soltanto ove le condizioni del pazzo sono gestibili - che impedivano agli alienati di "vivere" l'asilo, la riforma del loro trattamento consiste nel progressivo passaggio dalla forma carceraria del manicomio, ove i folli erano tenuti legati e fermi per la maggior parte del tempo in vere e proprie celle, alla forma della caserma che comprende attività differenti anche all'aperto, scandite da orari ben precisi. Rendendo gli alienati liberi di vagare all'interno o nel cortile dell'ospizio, anche se solo ad alcune condizioni ben prefissate, è possibile *osservarli*, vedere le manifestazioni della loro follia, *spiarli* quando credono di non esser visti, "la *curabilità* della follia è funzione della sua *visibilità*"<sup>60</sup> poiché soltanto sciogliendoli dalle catene per farli uscire dalle celle buie e sordide è possibile indagarli in ogni momento e applicare concretamente l'auspicato "trattamento morale" per guarirli.

La follia si manifesta in una moltitudine di comportamenti abnormi che affliggono la volontà e la razionalità dell'uomo, rendendolo incapace di esercitare correttamente le sue funzioni "moralì" secondo ciò che è lecito, come la volontà, la parola, il giudizio. La vita dell'alienato è segnata da un profondo disordine, sia fisico che morale; primo principio del trattamento pineliano è dunque riportare *ordine* muovendo anzitutto dalla ritmi di vita affinché influenzino la sua mente liberandola dal vortice inconsulto della follia. L'azione del manicomio è un'azione riformatrice: abituando l'alienato alle regole rigide dell'asilo è possibile salvarlo dalla sua irragionevole condizione o, almeno, renderlo docile e innocuo. Le parole di Pinel non lasciano dubbi circa il suo indirizzo terapeutico e organizzativo:

Non ci si deve stupire dell'estrema importanza che io attribuisco al mantenimento della calma e dell'ordine in un ospizio di alienati e alle qualità fisiche e morali che esige una sorveglianza di questo tipo, poiché è questa

---

<sup>59</sup> Sul vasto tema del trattamento disumano degli internati, si veda E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali. La condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*, 1961.

<sup>60</sup> F. Fonte Basso, *Il gesto liberatore. Philippe Pinel fra mito e storia*, op. cit. p. XLIX.

una delle basi fondamentali del trattamento della mania, e poiché senza di essa non si possono ottenere né osservazioni esatte, né una guarigione permanente.<sup>61</sup>

Attività, pasti e pulizie cadenzate con variazioni stagionali: l'asilo è un vero e proprio mondo parallelo, una realtà artificiale dove regnano regole fisse che "resettano" il folle, riconducendolo alla moralità e alla ragione; il controllo e l'ordine proposti da Pinel sono i cardini di un paradigma che si impone con forza nella psichiatria successiva, anche dopo l'Ottocento.

Al loro ingresso nel manicomio i pazienti vengono spogliati dei loro effetti personali come del proprio statuto di soggetti, divengono oggetti da laboratorio pronti per essere studiati, domati, disciplinati, guariti; sono in esilio dal mondo del commercio umano, sono pericolosi per se stessi o per gli altri, di una pericolosità che sgorga direttamente dalla loro condotta sconsiderata<sup>62</sup> o dalla perdita progressiva di ragione. L'azione "morale" del medico e dei sorveglianti del manicomio tenta di ricondurre il pazzo alla ragione perduta e alla sua responsabilità attraverso un insieme di pratiche che agiscono sul corpo e sul suo spirito *domandoli*. "L'arte di soggiogare e di domare l'alienato"<sup>63</sup>, come Pinel definisce la sua competenza, è il fulcro stesso del dispositivo manicomiale il quale funziona grazie all'ordine artificiale a cui il malato è sottoposto e grazie al costituirsi della relazione di dominio assoluto del curatore sul curato che si instaura fin dall'ingresso di quest'ultimo nella struttura asilare: l'interrogatorio.

## §2. *L'interrogatorio*

"La pratica o il rituale dell'interrogazione e dell'estorsione della confessione è il procedimento più importante, più costante, e che in ogni caso non è mai cambiato molto all'interno della pratica psichiatrica"<sup>64</sup> dichiara Michel Foucault nel suo corso sul potere psichiatrico tenutosi al *Collège de France* durante l'inverno del

---

<sup>61</sup> P. Pinel, *La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, op. cit., p. 73.

<sup>62</sup> Importante ricordare come molto spesso il folle è il soggetto dalla sessualità libertina o considerata snaturata, i manicomi affollavano infatti di dissoluti, ninfomani, onanisti, omosessuali. Sulla sessualità come espressione della follia si veda M. Foucault, *La volontà di sapere*, 1976.

<sup>63</sup> P. Pinel, *La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, op. cit., p. 55.

<sup>64</sup> M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, trad. di M. Bertani, Milano, Feltrinelli, 2004, p. 208.

1973-74; il filosofo francese ha insistito sul significato dell'interrogatorio come "metodo disciplinare"<sup>65</sup> operato dal medico sulla vita interiore dell'alienato, in cooperazione con l'ordine e la disciplina della sua vita esteriore, del suo corpo attuato tra le mura del manicomio.

Il significato disciplinare è indubbio, tuttavia non è il solo aspetto: come hanno notato Galzigna<sup>66</sup> e Fiorino<sup>67</sup>, il dialogo è anche e soprattutto lo strumento che il medico ha a disposizione per "penetrare il segreto" dell'alienato, insieme al suo sguardo. Nell'alienistica delle origini la cura morale è una terapia fondata soprattutto sulla relazione interpersonale tra il paziente e lo psichiatra, poiché a questi spetta il compito di persuaderlo, consigliarlo, portarlo a ragionare per dirigere le sue passioni e guarirlo; al tempo stesso tale relazione è necessaria all'alienista per accrescere la sua conoscenza riguardo la mania in generale. Questa relazione si istituisce proprio grazie all'interrogatorio, effettuato al momento dell'ingresso del pazzo nel manicomio: come si fa confessare al criminale il proprio delitto prima di essere rinchiuso in prigione, o come il parroco vuol conoscere il peccato del fedele prima di dettare le opportune pratiche di espiazione e concedere l'assoluzione, il medico rivolge all'alienato questioni riguardanti i suoi sentimenti e le sue passioni affinché possa carpirne i tratti abnormi, verificando che egli non sita mentendo né simulando, riconoscerlo come soggetto da internare e ricostruire la storia della sua follia. Le domande dello psichiatra hanno lo stesso significato indagatore del bisturi dell'anatomopatologo: scandagliare l'internato per riconoscere in lui la presenza del male morale, il suo tipo particolare, la sua gravità, il suo decorso. Ma non solo: l'interrogatorio definisce l'autorità del medico, un'autorità inquisitrice che "produce scosse morali e riduce l'alienato *«dans un état opposé et contraire à celui dans lequel il était avant de recourir à ce moyen»*"<sup>68</sup> ossia lo riconduce alla ragione dominandolo per

---

<sup>65</sup> M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, op. cit., p. 208.

<sup>66</sup> M. Galzigna, *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, op. cit., p. 82.

<sup>67</sup> V. Fiorino, *Spazi del sé. Riflessioni sul "soggetto" attraverso i modelli e le pratiche psichiatriche in Italia tra Ottocento e Novecento*, in "Memoria e ricerca", n. 47, settembre-dicembre 2014, pp. 17 ss.

<sup>68</sup> M. Galzigna, *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, op. cit., p. 83.



guarirlo, come un padre di famiglia reprime le cattive abitudini del figlio, seguendo una metafora cara a Pinel<sup>69</sup>.

L'interrogatorio è il cardine della psichiatria, dalle origini al suo assetto contemporaneo, nonostante si siano modificati i contenuti e i temi delle questioni; le domande spostano il loro centro di interesse così come cambiano gli obiettivi dei modelli psichiatrici che vanno costituendosi: gli interrogatori di Pinel ed Esquirol hanno come tema i sentimenti e le passioni alterate dell'internato, mentre durante il corso dell'Ottocento le questioni riguardano l'orientamento spazio-temporale<sup>70</sup> del malato, come si ritrova nelle cartelle cliniche di Kraepelin e Bleuler e degli archivi manicomiali.

L'interrogatorio kraepeliniano congiunge l'instaurazione del rapporto autoritario tra medico e pazzo con le indagini diagnostiche sui sintomi, ereditando dunque dall'alienistica delle origini lo sguardo e la parola come strumenti clinici fondamentali. Oggetti da scandagliare grazie a domande serrate e standardizzate sono sia lo stato dell'attività psichica del malato, ossia la sua memoria, i caratteri dei sintomi di cui non ha consapevolezza, ad esempio la durata di un tic o di un particolare movimento, i disturbi sensoriali come deliri ed allucinazioni, il suo senso dello spazio e del tempo. Una relazione umana tra due soggetti, per quando incentrata sull'autorità e sul dominio del medico rispetto al paziente, viene trasformata in un'analisi clinica asettica, in cui il malato diviene esclusivamente oggetto da studiare anche attraverso le domande che gli vengono rivolte. Lo psichiatra americano Leston L. Havens in un saggio del 1965<sup>71</sup> analizza lo stile e il metodo delle lezioni che Kraepelin impartiva ai suoi allievi durante il consueto giro mattutino nella clinica, così somigliante alla ronda nelle caserme, durante il quale ancora oggi si visitano i pazienti e si rivolge loro domande preformate sui sintomi in vista di una diagnosi precisa e di una prognosi concreta. Kraepelin ricopre il ruolo dello "psichiatra modello" che mostra agli allievi come procedere nell'indagine scientifica dell'oggetto in questione, il malato: per quanto ritenga

---

<sup>69</sup> P. Pinel, *La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, op. cit., p 134.

<sup>70</sup> La riflessione sullo spazio e il tempo in psicopatologia sarà centrale nell'alternativa alla psichiatria riduzionista elaborata da Eugène Minkowski nei suoi capolavori *La schizofrenia* (1927) e *Il tempo vissuto* (1933), vi si è dedicata una sezione nel secondo capitolo di questo lavoro di tesi.

<sup>71</sup> L.L. Havens, *Emil Kraepelin*, in "Journal of nervous and mental Diseases", n. 141, 1965, pp. 16-28.

centrali l'analisi e la ricostruzione della storia dei casi clinici, dimostra una completa diffidenza nel prendere in esame le vicende psicologico-emotive delle biografie dei suoi pazienti come possibili cause dei disturbi mentali che li affliggono, nel suo letto d'ospedale, egli non ha nulla a caratterizzarlo se non il suo quadro clinico e alla storia della sua vita si è sostituita la storia della nascita e del decorso dei suoi sintomi: il malato è la sua malattia. "Il contenuto delle comunicazioni e dei comportamenti del paziente interessa meno della loro forma, del loro contorno, della loro cadenza e dell'unità del flusso vitale"<sup>72</sup>, la storia della persona è subordinata alla storia del quadro clinico e la storia familiare è piuttosto la storia delle patologie dei parenti e dei congiunti che non quella delle relazioni tra questi e il malato e i traumi emotivi che egli racconta sono comunque considerati come effetti della patologia e non come cause.

"Kraepelin è del tutto lontano ad essere un medico compassionevole"<sup>73</sup> e l'obiettività del suo metodo completamente rivolto a registrare i sintomi esteriori lo porta a trattare il paziente

come un oggetto osservato, di cui si parlava, lui presente, forse sacrificando delicatezza di sentimenti. Si tratta d'altronde di una pratica comune in medicina: ciò che conta è la malattia che il paziente 'ha preso' o 'ha'. La malattia non è una sua 'colpa', rimane separata dalla sua persona e perciò i commenti su di essa non devono essere presi come 'caso personale'.<sup>74</sup>

Lo psichiatra può così appoggiarsi su una conoscenza fondata sull'osservazione e la classificazione dei dati, una conoscenza per distacco da cui devono essere esclusi i tentativi di empatia e avvicinamento emotivo al fine di preservare l'oggettività e l'esattezza dei risultati scientifici. Questa *Missa solemnis*<sup>75</sup>, come Foucault chiama l'interrogatorio, è un compito che potenzialmente può assolvere qualsiasi medico con qualsiasi paziente poiché il protocollo cui attenersi rigidamente è sempre lo stesso. Il paziente viene considerato come un oggetto fino a privarlo della sua personalità e allo psichiatra è richiesto di spogliarsi della sua personalità e delle sue emozioni per ricoprire il ruolo che l'organizzazione

---

<sup>72</sup> L.L. Havens, *Emil Kraepelin*, in "Journal of nervous and mental Diseases", op. cit. in F. Mondella, *Il concetto di malattia mentale nell'opera di Emil Kraepelin*, op. cit. p. 18.

<sup>73</sup> *Ivi*, p. 23.

<sup>74</sup> *Ibidem*.

<sup>75</sup> M. Foucault, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, op. cit., p. 240.

manicomiale gli ha destinato, ossia l'inquisitore-scienziato i cui contributi empatici e personali non solo esulano dalle ricerche, ma anzi ne inficerebbero il risultato<sup>76</sup>.

Eppure, l'interrogatorio è un momento molto particolare, segnato da una grande difficoltà di partenza: esso riguarda istanze che non possono che essere personali e soggettive poiché i sintomi non si presentano mai realmente divisi dalla storia individuale del paziente, ogni caso è un universo a sé; al tempo stesso è proprio a queste istanze che lo psichiatra tenta di dare un ordine, rintracciare cause generali e regolarità affinché si costruisca un tipo, si isoli un morbo e se ne studino le cause ed il decorso.

I quadri clinici costruiti grazie all'osservazione dei sintomi, all'interrogatorio riguardante la storia della malattia e le - spesso troppo poche - evidenze anatomiche sono tentativi di *tipizzazione* di una molteplicità soggettiva e irripetibile; questo processo attua una semplificazione che non rispecchia il reale. Kraepelin stesso, dopo che le ricerche anatomiche sulle relazioni tra cervello e stati patologici della mente non avevano dato i risultati sperati e dopo il presentarsi di sintomi nuovi a decorso inaspettato che scombinavano le classificazioni tanto faticosamente costruite, è costretto ad ammettere l'incertezza su cui riposa la nosografia:

più volte negli ultimi tempi è stata espressa l'idea che la ricerca clinico-psichiatrica è giunta in un certo senso ad un punto morto. Il procedimento sinora in uso di circoscrivere le forme morbose considerando le cause, i fenomeni clinici del decorso e dell'esito, così come i reperti autoptici, si sarebbe usurato e non potrebbe più soddisfare; si dovrebbero battere perciò nuove vie. E a tali considerazioni non si può negare una certa legittimità.<sup>77</sup>

La complessità dell'Essere-uomo busse alle porte della psichiatria, nuovi sintomi scombinano le nosografie rendendo estremamente difficile qualsiasi tentativo di generalizzazione del caso specifico.

---

<sup>76</sup> "La 'empatia' è un procedimento del tutto insicuro, che è indispensabile per il contatto umano e per la ispirazione poetica, ma quale mezzo di indagine può portare alle più grosse illusioni". Cfr. E. Kraepelin, *Die Erscheinungsformen des Irreseins*, in "Zeitschrift für gesamte Neurologie und Psychiatrie", 1920, 6, p. 5 in F. Mondella, *Il concetto di malattia mentale nell'opera di Emil Kraepelin*, op. cit., p. 106.

<sup>77</sup> F. Mondella, *Il concetto di malattia mentale nell'opera di Emil Kraepelin*, op. cit., pp. 94 ss.

### §3. Il giudizio psichiatrico tra natura e cultura: la scienza del senso comune

Le enormi difficoltà nel costruire un sistema nosografico comprovabile dall'esperienza clinica e dalle evidenze anatomiche ammesse dalla riflessione di Kraepelin non sono ancora state risolte dalla psichiatria. Al contrario delle altre scienze mediche che, per quanto anch'esse possano incontrare "continenti oscuri" e perplessità diagnostiche, riescono a riconoscere con certezza ed evidenze somatiche una determinata patologia, la diagnosi psichiatrica resta nel mondo dell'incertezza. Ancora oggi, le dispute interne ed esterne al mondo psichiatrico circa la validità del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*<sup>78</sup> nel determinare malattia, prognosi e terapia rivelano quanto i criteri a disposizione non siano realmente in grado di comprendere tutte le sfumature dei complessi di sintomi che i malati vanno presentando.

La psichiatria, negoziando continuamente i confini del suo campo ora nascondendo una contraddizione, ora servendosene, ha fatto un passo indietro rispetto all'incertezza della nosografia. Da un certo punto di vista, si potrebbe affermare che, per quanto sulle classificazioni diagnostiche siano stati versati fiumi di inchiostro, nella pratica il centro d'interesse imprescindibile per il giudizio psichiatrico non è stabilire quale sia la malattia del paziente bensì se il paziente *abbia o meno* una malattia, una malattia psichica. Questa considerazione traccia un'irriducibile differenza tra la psichiatria e gli altri rami della medicina: determinare quale malattia ha il paziente è del tutto secondario a stabilire se si è o meno in presenza di un caso di follia.<sup>79</sup>

Prima dell'analisi, della catalogazione e della comparazione dello stato abnorme ad altri fenomeni precedentemente registrati, prima della diagnosi differenziale, lo psichiatra si avvicina al paziente "non diversamente dal profano"<sup>80</sup>. Di fronte ad un comportamento in qualche modo "abnorme", che esula dal quotidiano, il profano affronta il dubbio se il soggetto di questi atti sia o meno "pazzo" (si badi bene: pazzo prima di "malato") chiedendosi: "io, al suo posto,

---

<sup>78</sup> D'ora in poi: DSM.

<sup>79</sup> Riprendo il problema della diagnosi e del DSM nel terzo capitolo di questo lavoro: cfr. *infra*, pp. 139 ss.

<sup>80</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 248.

agirei ugualmente?"; e molto spesso si risponde: "no, poiché una persona *normale* non si comporta così. Questa persona è pazzo". Questo giudizio apparentemente personale ha una natura culturale: è grazie alle norme accettate dalla comunità in cui vive circa il comportamento sociale che il nostro profano risponde negativamente alla domanda "mi comporterei anche io come questa persona?".

Ogni azione, ogni manifestazione che deviano dalla norma socialmente riconosciuta vengono ritenute comportamenti che esulano dalla normalità, il pazzo è dunque un individuo che, in questo mondo bianco o nero, si trova agli antipodi dell'uomo "sano". La norma sociale non è immutabile, il suo essere culturale la rende storicamente costituita: ad ogni epoca il suo criterio di normalità o follia, come dimostra ad esempio la divinizzazione dei grandi digiunatori dal tardo Medioevo fino al XX secolo, ossia fino al riconoscimento dell'anoressia nervosa come disturbo alimentare, al suo ingresso nel mondo della psichiatria.

Il giudizio di sano o malato si declina sempre in base a ciò che si allontana dal comportamento socialmente riconosciuto come normale, un'attitudine bizzarra, strana. Si deve qui sottolineare come questo canone di normalità sia legato a considerazioni del tutto prive di fondamento razionale ed è proprio su questo punto che Binswanger insiste nella presentazione del caso di Ilse<sup>81</sup>, sua paziente trentanovenne.

La donna, descritta come felicemente sposata anche se non completamente soddisfatta del matrimonio, è figlia di un padre molto egoista che maltratta la moglie, angelica e "di traboccante bontà"<sup>82</sup>. Sin da bambina, Ilse soffre molto di questa situazione che la rende estremamente nervosa soprattutto perché la piccola nutre un profondo amore per il padre ed è convinta di avere una grande influenza su di lui. Da adulta, assiste un giorno ad una rappresentazione teatrale dell'Amleto che suscita in lei il dovere di agire per salvare la madre dalle violenze del padre, ma anche e soprattutto per salvare quest'ultimo dalla durezza del suo cuore. Durante l'ennesimo litigio furioso tra i genitori, davanti agli occhi del padre Ilse mette la mano destra dentro la stufa ardente per poi porgerla al padre gridandogli: "«Guarda, così ti amo, io!». Mentre compie il suo gesto avverte solo un «dolore

---

<sup>81</sup> L. Binswanger, *La follia come storia vissuta e come malattia mentale. Il caso Ilse* in L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., pp. 228-60.

<sup>82</sup> *Ivi*, p. 229.

latente», nonostante si sia procurata un'ustione di terzo grado con conseguente suppurazione"<sup>83</sup>. Per qualche settimana il gesto sembra aver avuto effetto sul padre, il quale si riserva di maltrattare la moglie per poi ricominciare come di consueto. Ilse viene portata a *Bellevue* circa un anno dopo il suo gesto in preda a deliri di persecuzione. Rivela agli psichiatri altri particolare sull'episodio dell'ustione dichiarando di averlo fatto per mostrare al padre

«che l'amore supera se stesso, ma non a parole, con i fatti. Doveva essere come una folgore che agisse su di lui sì che egli cessasse di essere così egoista. In un primo momento l'idea mi venne per amore di mia madre, ma poi pensai che la cosa giusta fosse farlo per amor suo. Ebbi compassione di lui e da quel momento s'accrebbe ancor più l'amore e la comprensione per lui. Devo ben amare tutti gli uomini in questo modo, poiché in questo modo io amo mio padre».<sup>84</sup>

Dopo tale confessione la paziente manifesta istinti suicidi e gravi stati di eccitamento pur senza soffrire di veri e propri deliri allucinatori. Dopo tredici mesi di trattamento ospedaliero viene dimessa in quanto completamente guarita.

Dopo aver letto il caso, l'uomo comune giudica il *sacrificio* della donna un gesto estremo, che gli è del tutto estraneo, come gli risulta estranea e lontana Ilse stessa. "Il che significa che *tra* lui [l'osservatore] e lei [Ilse] compare qualcosa che egli esperisce come impedimento della *communicatio* e a maggior ragione della *communio*. [...] Ilse è un'alterità estranea e un Tu che non si può più incontrare"<sup>85</sup>, cessa di essere un'altra individualità per trasformarsi in un oggetto bizzarro, in una malattia.

Prima ancora dello studio anatomico-patologico, molto prima della nosografia e delle relazioni tra malattie mentali e malattie del cervello, la psichiatria ha dunque a che fare con "dati di fatto propri del campo inter-umano della simpatia e del rapporto o commercio mondano o, più esattamente, [con dati di fatto] che *sono* fatti della simpatia e del rapporto"<sup>86</sup>. In primo luogo il malato è, anche per lo psichiatra, qualcuno che compie gesti strani, bizzarri, esagerati, gesti che sono soprattutto discutibili da un punto di vista più morale che scientifico.

Che ne è stato della scientificità e del rigore dell'operato dello psichiatra?

---

<sup>83</sup> L. Binswanger, *La follia come storia vissuta e come malattia mentale. Il caso Ilse*, op. cit., p. 230.

<sup>84</sup> *Ivi*, p. 232.

<sup>85</sup> *Ivi*, p. 248.

<sup>86</sup> *Ibidem*.

Alla base delle sue indagini si trova un giudizio morale e dunque culturale sulla persona che ha di fronte, il processo di "naturalizzazione" del malato e dei suoi sintomi in oggetti calcolabili è secondario alla prima domanda che l'alienista si pone quasi istintivamente e che lo distingue dal medico-scienziato avvicinandolo piuttosto all'uomo comune. Per tornare ad essere scienziato, lo psichiatra deve riportare il comportamento del paziente giudicato *culturalmente* malato ad un sistema di riferimento *naturalistico*, osservando, scomponendo e classificando i complessi di sintomi come fanno il biologo o il botanico per poi riferirli ad una precisa patologia. Ecco formulato il giudizio diagnostico differenziale.

Il giudizio psichiatrico si scopre così essere un ibrido: si riferisce in parte ad un sistema naturale, ossia quello biologico-scientifico della diagnosi differenziale, e in parte ad un sistema culturale-morale poiché, per stabilire se si è o meno in presenza di un caso di follia, si lascia preliminarmente guidare dalle convenzioni socialmente accettate sul comportamento normale. Durante l'interrogatorio lo psichiatra cerca di realizzare un compito difficilissimo: astrarre dalla molteplicità di fenomeni soggettivi di follia e costruire un complesso di sintomi oggettivo che ben rappresenti le regolarità dei processi morbosi standard; è la difficoltà di mettere insieme elementi inconciliabili, il soggettivo caotico e l'oggettivo ordinato.

"Sano" e "malato" sono senza dubbio categorie scivolose, ma non si deve credere che siano legate a giudizi morali esclusivamente fini a se stessi: il sistema di riferimento che orienta lo psichiatra dall'osservazione clinica alla diagnosi è *medico*, riguarda cioè il riconoscimento di una condizione che si prevede essere dannosa per l'individuo. Spiega Binswanger:

Se un comportamento sociale abnorme, e quindi un fatto culturale, lo giudichiamo *in termini psichiatrici* come *manifestazione di malattia*, ci muoviamo, non diversamente che si trattasse di un comportamento abnorme puramente somatico, non più nel campo del giudizio *puramente* biologico, bensì in quello del giudizio biologico-teleologico<sup>87</sup>

e dunque il comportamento abnorme viene ricondotto al problema che rappresenta o potrà rappresentare per l'organismo del paziente in termini di dolore e pericolo di vita.

---

<sup>87</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 250.

Questo è il patrimonio clinico che Binswanger eredita. Al contrario di molti psichiatri del suo tempo (ma non solo) che tollerano "soltanto una quantità ben determinata e rigorosamente dosata di teoria"<sup>88</sup>, egli non guarda con sospetto le derive filosofiche delle sue riflessioni, anzi, crede che possano essergli di grande aiuto nel tentativo di comprensione "dell'Essere-uomo nel suo complesso"<sup>89</sup>.

Alla domanda che cosa è la psichiatria Binswanger non può rispondere la scienza che riduce l'esistenza del malato alla forbice salute-malattia.

Dopo aver tentato di chiarire il significato di questa affermazione, è ora possibile analizzare la risposta di Binswanger.

### **3. Oltre la psichiatria e al di là della clinica: Binswanger e la *Daseinsanalyse***

Con la pubblicazione del libro *Psicopatologia generale* (1913), Karl Jaspers inaugura l'orientamento fenomenologico in psichiatria, indirizzo che affronta criticamente i fondamenti positivistici del metodo della psichiatria clinica costituitosi tra Ottocento e Novecento. Nelle cliniche dominate dall'urgenza di ricollegare le manifestazioni abnormi dei pazienti ad un'unità morbosa inscrivibile in un sistema nosografico preciso, l'incontro tra lo psichiatra e il malato è ricondotto ad un interrogatorio che non rende giustizia alla sofferenza di quest'ultimo, allontanandolo sempre più dal mondo comune e riducendo sensibilmente le possibilità di guarigione.

La fenomenologia di Jaspers porta la psichiatria a riflettere proprio sul suo metodo asettico: affinché si possa dare una concreta possibilità di cura, è fondamentale comprendere la sofferenza del paziente, entrare in contatto e rispettare, nonostante la loro diversità giudicata anormale, le sue esperienze (i *fenomeni*) smettendo di uniformarle ai complessi sintomatologici.

---

<sup>88</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 263.

<sup>89</sup> Cfr. *supra* p. 17.



### §1. La fenomenologia psicologica: Binswanger incontra Husserl

L'opera di Binswanger nasce dall'incontro fortunato tra l'indirizzo jaspersiano, la fenomenologia di Husserl e infine l'analitica esistenziale di Heidegger.<sup>90</sup>

Preliminare alla nascita dell'antropologia fenomenologica binswangeriana è la constatazione dei limiti del metodo della psichiatria riduzionista rispetto alla comprensione della natura della condizione del paziente. La freddezza impersonale della comunicazione psichiatra-malato, la scomparsa di quest'ultimo dietro i suoi sintomi, l'interesse alle forme delle manifestazioni abnormi e non al loro contenuto: questo procedere affine al metodo naturalistico basato sulla percezione sensibile a distanza degli oggetti ha creato un confine invalicabile tra il mondo del paziente e quello del medico, rendendo quasi impossibile uno scambio che vada oltre l'espressione dei bisogni più elementari. Dove ogni scambio e ogni relazione sono negate, non aversi alcuna comprensione della malattia che esuli da un meccanismo dell'anatomia patologica.

L'incontro con Husserl, in particolare con le *Ricerche logiche* (1922), avviene proprio sul piano della necessità di rimuovere questa distanza, per trovare una via di accesso che consenta di entrare in contatto con l'esperienza del malato, con il *fenomeno* e non con l'oggetto. "«A force de regarder un caillou, un animal, un tableau, je me suis senti y rentrer». Osservare, guardare e poi ancora guardare; il risultato: un essere trasportati dentro l'oggetto osservato (un oggetto sia animato che inanimato)"<sup>91</sup>: ricordando le parole di Flaubert, Binswanger descrive in questi termini il conoscere fenomenologico husserliano, alternativo alla percezione sensibile. Esiste un tipo di conoscenza, pur sempre razionale, che non è legata al percepire a distanza gli oggetti del mondo fisico, come fanno le scienze empiriche, ma è un "vedere dentro" immediato che si rivolge a quegli oggetti inaccessibili alla percezione sensibile: le essenze. Husserl chiama "intuizione

---

<sup>90</sup> Un'analisi approfondita dei pensieri di Jaspers, Husserl e Heidegger meriterebbe uno studio ad essa interamente dedicato che, per ragioni tematiche e contenutistiche, esula da questo lavoro. Ho cercato di richiamare i concetti che Binswanger trae dalle opere dei tre grandi della filosofia del Novecento che contribuirono direttamente alla costruzione della sua antropologia fenomenologica. Per approfondire le radici filosofiche dell'antropoanalisi si veda la raccolta di scritti S. Besoli (a cura di), *Ludwig Binswanger. Esperienza della soggettività e trascendenza dell'altro. I margini di un'esplorazione fenomenologico-psichiatrica*, Macerata, Quodlibet, 2006.

<sup>91</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 7.

categoriale" questa facoltà che permette di accedere direttamente ai fenomeni senza la mediatezza dell'esperienza empirica ma che rappresenta sempre un'esperienza della realtà esterna al soggetto.

Le scienze positive hanno relegato l'intuizione nel regno dell'arte e della letteratura, domini non scientifici dunque non reali, privandola così della possibilità di costituire una solida base per la conoscenza del mondo. Sulle orme di Platone, Husserl libera l'intuizione dalla prigione dell'irrazionale e dell'indeterminato fondando su di essa il ritorno al mondo dei fenomeni.

La fenomenologia è dunque un "ritorno all'interiorità" di tutti i fenomeni, poiché essa "la pretesa di cogliere rispetto a *tutte* le altre scienze, sia alle scienze naturali sia alle scienze dello spirito, gli *Erlebnisse* fondamentali a priori o puri, e di descriverli in modo puro, senza ricorrere a spiegazioni realistiche o a costruzioni intellettuali"<sup>92</sup>. Da questo suo indissolubile legame con la realtà e il suo rivolgersi soltanto a ciò che è effettivamente esperibile, nasce l'interesse della psichiatria per la fenomenologia. Vi è uno scarto tra quella che Husserl chiama fenomenologia pura, ossia la conoscenza delle essenze, e la fenomenologia psicologica, la conoscenza dei fatti: nella prima, ogni riferimento con il fenomeno particolare viene a cadere, il fenomenologo puro cerca le essenze generali dai fatti concreti "mettendo tra parentesi"<sup>93</sup> concetti quali "natura" e "realtà". Al contrario, il fenomenologo che segue la psicologia, pur sempre rivolgendosi ai fenomeni della coscienza, "considera ancora il suo oggetto [...] come un atto reale, un atto che avviene effettivamente, un atto che egli non è in grado di pensare senza riferirsi a un uomo reale, a un reale essere della natura"<sup>94</sup>. La psichiatria non può e non deve occuparsi delle problematiche filosofiche che la partizione husserliana solleva, essa deve "nutrire il massimo interesse alla fenomenologia in quanto metodo scientifico"<sup>95</sup>, il suo interesse è dunque rivolto esclusivamente alla fenomenologia psicologica.

Grazie a questo incontro con la fenomenologia "pratica" husserliana, Binswanger, già influenzato dall'opera di Jaspers, può provvedere all'esigenza di

---

<sup>92</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 13.

<sup>93</sup> *Ivi*, p. 23.

<sup>94</sup> *Ibidem*.

<sup>95</sup> *Ivi*, p. 27.

definire un metodo che consenta alla ricerca psichiatrica di "entrare dentro" i fenomeni, gettando un ponte sulla distanza incolmabile tra alienista e malato. Accanto a questa esigenza metodologica, emerge in Binswanger un'esigenza *antropologica* ossia l'esigenza di fare della psichiatria una "scienza che studia ciò che «propriamente» significa essere-uomo"<sup>96</sup>.

"L'inflessione della fenomenologia verso l'antropologia"<sup>97</sup>, cioè l'antropologia fenomenologica, si pone in pieno contrasto con tutte le forme di positivismo scientifico che hanno privato la psichiatria clinica del suo vero oggetto ossia l'Essere-uomo nel suo complesso.

All'incontro con il malato, lo psichiatra illuminato dall'antropologia fenomenologica, può rinunciare alla fredda interrogazione riguardo l'anamnesi dei sintomi, può mettere da parte l'urgenza di ricondurre le manifestazioni psichiche a malfunzionamenti cerebrali e di dar loro un nome e può al contrario mettere in atto questo procedere inedito lasciandosi "trasportare all'interno" dei fenomeni con cui è a contatto. Può smettere di porsi sempre come rispetto ad un'alterità lui irriducibile, un'alienità da contrapporre completamente al canone di "sano" e, soprattutto, il suo sguardo può rivolgersi alla totalità che sta dietro ai gesti inconsulti, alla parole irrazionali: dietro la malattia, la persona.

Una volta lasciate alla psicopatologia clinica il compito di indagare scientificamente le cause della malattia, che cosa possiamo realmente conoscere di questa persona una volta entrati in contatto con lei alla luce dell'intuizione, si chiede Binswanger. Qual è il ruolo dell'antropologia fenomenologica in psichiatria? La risposta la trova nell'opera di Heidegger, in particolare nelle pagine di *Essere e tempo* (1927).

## *§2. Dalla fenomenologia psicologica all'antropoanalisi: concetti heideggeriani in psichiatria*

L'analitica esistenziale di Heidegger fornisce all'antropologia fenomenologica il sostrato concettuale di cui ha bisogno per delineare il metodo di indagine che

---

<sup>96</sup> D. Cagnello, *Alterità e alienità. Introduzione alla fenomenologia antropoanalitica*, Milano, Feltrinelli, 1966, p. 15.

<sup>97</sup> L. Binswanger, *Sogno ed esistenza*, op. cit., p. 15.

propone come alternativa alla psichiatria e alla psicologia classica: la *Daseinanalyse*, l'*antropoanalisi*, ossia quella dottrina<sup>98</sup> che indaga l'umana presenza e il suo progettarsi nel mondo.

Nei concetti heideggeriani di *esserci*, *essere-nel-mondo* e *con-esserci* Binswanger ritrova l'oggetto di indagine dell'antropologia fenomenologica ovvero "l'essenza dell'essere dell'uomo"<sup>99</sup>. La *presenza* umana (l'esserci) non si dà mai da sola bensì sempre in relazione alle configurazioni del suo divenire nel mondo, nel suo ambiente quotidiano (essere-nel-mondo); queste configurazioni sono al centro dell'interesse dell'antropoanalisi poiché coincidono con i vari modi in cui l'umana presenza progetta il suo mondo.

Siamo oltre la psichiatria e altrove rispetto alla clinica: importante, ai fini dell'antropoanalisi, non è la storia clinica del malato bensì la *condizione umana* in cui questi viene a trovarsi, il suo essere-nel-mondo con la sua malattia<sup>100</sup>. Il nodo filosofico fondamentale riguarda il concetto di esserci come essere-nel-mondo: con questa equivalenza Heidegger postula l'essere-nel-mondo come trascendenza; il concetto di trascendere implica il "verso dove" avviene il superamento, appunto il trascendere, e anche "ciò che" viene superato. Il "verso dove" è il mondo che il soggetto progetta di realizzare e ciò che viene trasceso è il soggetto stesso, la condizione in cui la sua presenza di trova, appunto il suo *esserci*.

Con la dottrina dell'essere-nel-mondo come trascendenza è stato eliminato il cancro che minava alla base tutte le precedenti psicologie e si è finalmente aperta la strada all'antropologia - il cancro cioè rappresentato dalla dottrina della *scissione del 'mondo' in soggetto ed oggetto*.<sup>101</sup>

Il metodo antropoanalitico spazza via la prospettiva positivista del processo di conoscenza: il malato non è più un oggetto, l'*homo natura* da sezionare e incasellare in una diagnosi, bensì un soggetto che, esattamente come ogni altra persona, esiste, è *quella* certa persona ed esiste secondo un determinato progetto.

---

<sup>98</sup> Cargnello insiste su questo termine: l'antropoanalisi binswangeriana non può essere chiamata "teoria", poiché essa nasce e agisce come una vera e propria scienza pratica, anche se non naturalistica. In quanto "dottrina", essa prescrive il metodo antropo-fenomenologico, insegnabile e apprendibile. Cfr. D. Cargnello, *Alterità e alienità. Introduzione alla fenomenologia antropoanalitica*, op. cit., p. 21.

<sup>99</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 19.

<sup>100</sup> Non "malgrado la sua malattia" e neppure "con la sua malattia"; la malattia è, come vedremo meglio in seguito, uno dei possibili modi in cui il soggetto si progetta, è nel mondo.

<sup>101</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 22.

Egli non si trova più ad essere "monco del suo mondo"<sup>102</sup> bensì compreso proprio a partire da esso. "Il 'chi è', il 'come è' ed il 'modo in cui è' (si progetta)"<sup>103</sup> sono i tre termini in cui si articola la presenza del malato, al pari di chiunque altro. Questa puntualizzazione è di particolare importanza poiché racchiude l'essenza del radicale cambiamento di prospettiva apportato dall'antropoanalisi rispetto alla psichiatria clinica e alla psicologia: la malattia mentale non è né una malattia del cervello, né quella condizione "naturalmente" opposta alla normalità, bensì una delle possibili declinazioni della presenza del soggetto nel mondo. Il concetto di mondo è dunque centrale per l'interpretazione antropoanalitica, Binswanger vi dedica ampio spazio nella presentazione della sua dottrina richiamando differenti teorie sul concetto biologico di mondo.

### §3. *L'ambiente e il mondo come progetto*

Esiste uno scarto, spesso un abisso, tra il mondo come *ambiente* e il mondo proprio di ognuno. Il primo è stato chiamato dalle scienze positive "realtà" ossia l'unico scenario obiettivo in cui avvengono i fenomeni fisici e nel quale gli esseri viventi coabitano, sottoposti alle stesse leggi necessarie; al contrario, il mondo comunemente chiamato "proprio" o "privato" è la situazione in cui il soggetto si trova, agisce, pensa, soffre, ama. Uno scarto tra i due mondi è sempre presente, ma diventa un abisso nel caso della malattia mentale poiché il soggetto che ne è colpito trova serie difficoltà a vivere nell'ambiente quotidiano insieme agli altri, non riuscendo a mantenere contatti e relazioni interpersonali; si tratta della condizione generalmente chiamata esistenza *alienata*. La psichiatria si occupa delle distorsioni dei malati rispetto alla vita del "mondo comune" e trascura il loro "mondo proprio", invece al centro dell'indagine psicoanalitica.

Per l'antropoanalisi sono importanti entrambi gli scenari, ma in modo diverso. Si è già delineato cosa significhi, alla luce dell'antropologia fenomenologica, il mondo come progetto e il "mondo proprio" gli corrisponde. Il "mondo comune" è sia l'ambiente fisico, quotidiano, in cui il soggetto viene a trovarsi e, insieme, "il

---

<sup>102</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 22.

<sup>103</sup> D. Cargnello, *Alterità e alienità. Introduzione alla fenomenologia antropoanalitica*, op. cit., p. 22.

mondo dell'agire e dell'amare"<sup>104</sup> di questo stesso soggetto: l'uomo si trova per necessità ad esistere come quel soggetto in quel preciso mondo fisico e, insieme, egli può liberamente declinare il suo progetto in questo mondo quotidiano<sup>105</sup>. Secondo la visione antropoanalitica, mondo proprio e ambiente non si danno se non in unione con il soggetto: l'essere alienato della psicopatologia è una presenza mossa e moderata da una sua intrinseca norma, per lo psichiatra la malattia, coerente con il progetto di mondo che sta sviluppando e con il modo in cui ha scelto di realizzarsi, norma alla quale sono riconducibili le manifestazioni di alienazione.

Fare dell'antropoanalisi nel campo della psichiatria non significa quindi altro se non indagare e descrivere in che modo i diversi tipi di malati di mente e ogni singolo malato progettano un loro mondo, si realizzano come Sé e - nel senso più ampio del termine - si declinano nel mondo dell'agire e dell'amare.<sup>106</sup>

Le categorie di "sano" e "malato", centrali per la psichiatria clinica, sono inconsistenti alla luce dell'analisi proposta da Binswanger poiché è proprio la comune definizione di normalità a non poter essere considerata valida dal momento che ogni essere umano, anche l'alienato, risponde alla sua norma soggettiva. In base a quali estremi è allora possibile "ordinare" i differenti progetti di mondo? In altre parole: come è possibile comprendere alla luce dell'antropologia da che cosa provenga lo stato di sofferenza e inquietudine che accompagna i pazienti?

#### *§4. Il mondo come pienezza e il mondo come angoscia*

Rispetto all'essere-nel-mondo si può parlare di "autenticità" o "ricchezza" e di "inautenticità" o "povertà", intendendo con le prime la condizione umana scritta nel segno del libero fiorire della presenza il cui mondo è ricco di ogni possibilità

---

<sup>104</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 29.

<sup>105</sup> Questa è anche la differenza, prosegue Binswanger, tra l'uomo e l'animale. Quest'ultimo "si trova in un «ciclo di situazioni» stabilito una volta per sempre", invece per gli uomini "l'aver un «mondo» consiste nel fatto che l'uomo, per quanto non abbia posto da sé il suo proprio fondamento ma si trovi *deietto* nel suo essere - ed è questa la ragione per cui ha anche un ambiente, come l'animale - 'ha tuttavia la possibilità di trascendere da questo suo essere, cioè di superarsi nella cura e di esaltarsi nell'amore". L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 30.

<sup>106</sup> *Ivi*, p. 29.

di realizzazione; con le seconde la condizione si intende invece una presenza sofferenze e in lotta con se stessa poiché non riesce a vivere nel suo mondo e poiché il suo progetto si impoverisce continuamente creando disagio e vuoto.

L'ultimo termine dell'antropoanalisi è in gioco in questa "scala" dei possibili modi della presenza, dalla luce della pienezza esistenziale autentica al dolore dell'inautenticità: l'essere-con-gli-altri che esprime massima pienezza nel modo di essere insieme nell'amore.

L'analitica esistenziale di Heidegger ha consentito a Binswanger di realizzare il suo progetto antropologico, tuttavia si cadrebbe in un errore non da poco se si considerasse l'antropoanalisi come un'applicazione dell'analisi dell'esistenza heideggeriana all'esperienza clinica<sup>107</sup>. Il concetto di essere insieme nell'amore rappresenta lo scarto più evidente tra l'opera del filosofo e Binswanger poiché per quanto sia un concetto davvero determinante in antropoanalisi, esso non ha luogo nell'analitica heideggeriana.

La presenza si trova sempre in con-presenza, in una relazione tra un Io e un Tu: "mai ci si imbatte nel nudo Io, ma sempre in configurazioni modali che essenzialmente si annunciano per il modo con cui l'Io risulta articolato a questo o a quel Tu"<sup>108</sup>, in altre parole nei modi di essere di un rapporto di coesistenza.

Nel celebre saggio *Il disagio della civiltà* (1929), Freud afferma che il dolore minaccia l'uomo da tre lati: dal suo stesso corpo, disfacimento e malattie, dal mondo naturale, catastrofi inesorabili, e dai rapporti con le altre persone. Il padre della psicoanalisi sottolinea come la sofferenza che proviene da quest'ultima fonte sia avvertita dagli uomini come la più dolorosa, forse poiché ritenuta superflua, in un certo modo evitabile rispetto alle altre due. L'antropoanalisi conferma e supera l'intuizione freudiana: l'essere più o meno "autentico" della presenza, la sua pienezza esistenziale ossia il libero realizzarsi del suo progetto di mondo, dipende completamente dal modo in cui la presenza è con-presenza, ossia dal suo modo di essere-con-gli-altri. I diversi modi di un certo l'Io di relazionarsi e vivere con i Tu

---

<sup>107</sup> Su questo argomento si veda L. Binswanger, *Sogno ed esistenza*, op. cit., p. 17 e D. Cargnello, *Alterità e alienità. Introduzione alla fenomenologia antropoanalitica*, op. cit., p. 28. L'analisi di Binswanger non ha alcun orizzonte speculativo, indaga il "come" della presenza del malato nel suo progetto di mondo e non come invece Heidegger si prefigge, che cosa sia in generale l'essenza dell'uomo.

<sup>108</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 9.

della sua vita si possono disporre "a ventaglio"<sup>109</sup> alle cui estremità si pongono l'estrema inautenticità esistenziale e la piena ricchezza, infine tra le due vi sono le infinite sfumature dei modi di essere-con-gli-altri.

Alla pienezza esistenziale corrisponde l'essere-insieme-nell'amore, tipico di quelle esistenze che si possono dire "felici" poiché le loro possibilità di realizzazione del progetto di mondo non sono state minacciate dall'incontro e della relazioni con i vari Tu della loro vita, ma anzi, i rapporti con gli altri hanno favorito la libera fioritura di queste presenze nel segno dell'amore. Tale pienezza del *poter essere liberi di essere* può progressivamente venir meno facendo spazio ad un poter realizzarsi soltanto in base a quel preciso ruolo che i legami con le altre persone concedono alla presenza, un progetto di mondo che si rivela dunque essere in parte non autentico in quanto schiacciato dalle costrizioni degli altri, come se dicessero: "saremo insieme nell'amore a patto che tu sia come noi pensiamo sia meglio per te".

Agli antipodi dell'essere-insieme-nell'amore si trova l'esistenza così detta "alienata", ovvero quella presenza che, schiacciata dalle imposizioni degli altri, si sente pervadere dall'angoscia di non poter essere se stessa e di non riuscire ad essere come gli altri vorrebbero. La malattia mentale della psichiatria clinica non è che questo "essere costretti ad essere alla mercé degli altri"<sup>110</sup>, non riuscire a coesistere in un rapporto di amore reciproco bensì assistere impotenti al progressivo restringersi delle possibilità di costruire il proprio mondo.

Le categorie dell'antropoanalisi possono dunque essere quelle di "salvo" e "non salvo", come suggeriscono Cargnello e Giacanelli<sup>111</sup>, ossia se il paziente possa o meno sperare di recuperare un'esistenza autentica e riuscire a realizzare il suo progetto di mondo insieme e grazie all'amore degli altri.

---

<sup>109</sup> D. Cargnello, *Alterità e alienità. Introduzione alla fenomenologia antropoanalitica*, op. cit., p. 30.

<sup>110</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 9.

<sup>111</sup> *Ivi*, p. 10.



##### §5. *Il sintomo come espressione dell'essere-nel-mondo*

L'indagine dello psichiatra orientato antropologicamente ha come obiettivo la comprensione, certamente non semplice, della condizione in cui il paziente si trova rispetto all'essere a due del rapporto con gli altri e alle concrete possibilità di realizzazione del suo progetto di mondo. Cogliere questa condizione è possibile soltanto nell'incontro diretto con il malato, un incontro però molto diverso dalla visita mattutina in clinica. Lo psichiatra orientato antropologicamente fa del suo confronto con i pazienti il fulcro delle sue ricerche: è chiamato ad esplorare pazientemente i suoi ammalati per molto tempo<sup>112</sup> e ad interagire con loro dimenticando il "copione" delle interrogazioni cliniche per ascoltare, piuttosto, che cosa il paziente ha da raccontargli, *questo* paziente a *questo* psichiatra.

I sintomi del suo stato non sono interessanti dal punto di vista nosografico, bensì rappresentano indizi riguardo al modo di essere-nel-mondo e di essere-con-gli-altri del malato, sono la "cartina tornasole" delle difficoltà e degli impedimenti che la presenza riscontra nei suoi tentativi di realizzazione del suo progetto.

Le manifestazioni "abnormi" costituiscono il materiale euristico della ricerca dello psichiatra, la via d'accesso, per quanto tortuosa, al mondo del malato, soprattutto ciò che egli esprime a parole circa la sua condizione. Per questa ragione l'alienista deve essere sopra ogni cosa disponibile all'ascolto, poiché è proprio nelle manifestazioni verbali, orali o scritte che siano, che la presenza disvela la modalità del suo essere-nel-mondo. L'attenzione deve essere rivolta sia al contenuto che alla forma dell'espressione verbale e, per quanto i significati delle espressioni dell'esistenza alienata risultino opachi e inafferrabili, l'alienista ha come preciso compito cercare all'interno di queste espressioni una loro intrinseca logica. "Ogni parola, ogni proposizione, ogni idea, ogni disegno, ogni azione o gesto"<sup>113</sup> non sono raptus deliranti bensì vie che, per quanto tortuose, conducono al mondo del malato di mente, è dunque di estrema importanza prestarvi la massima attenzione e verificare continuamente che cosa il paziente voglia

---

<sup>112</sup> "Per mesi o anni", dichiara Binswanger. Già Kraepelin aveva espresso la necessità di monitorare i pazienti durante lassi di tempo anche molto lunghi, lamentando, come causa della mancata illuminazione sulle cause delle patologie, le troppo brevi degenze dei malati in clinica. Cfr. F. Mondella, *Il concetto di malattia mentale nell'opera di Emil Kraepelin*, op. cit., p. 96.

<sup>113</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 35.

effettivamente comunicare, rinunciando alla *rage de vouloir conclure* flaubertiana<sup>114</sup>, all'urgenza di trarre conclusioni e dare un giudizio.

Come vedremo, il caso Ellen West si presta molto bene alla comprensione antropoanalitica in quanto Binswanger ha avuto a disposizione un vasto insieme di espressioni linguistiche orali e scritte alquanto comprensibili e ordinate redatte e raccolte dalla giovane paziente e dal marito.

Insieme al linguaggio, altri aspetti centrali nell'antropoanalisi sono la *temporalizzazione* e la *spazializzazione* della presenza<sup>115</sup>. Essi non hanno niente a che fare con l'esperienza del tempo del soggetto e neppure con lo spazio concreto in cui egli si trova; si tratta, ancora una volta, delle declinazioni *temporali* e *spaziali* della presenza nel mondo.

In particolare riguardo al concetto di tempo, sarà necessario richiamare l'opera dell'altro grande nome legato al ripensamento fenomenologico della psichiatria: Eugène Minkowski e i suoi studi sulla schizofrenia e il *temps vécu*.

I concetti dell'antropoanalisi non sono di facile comprensione, soprattutto se si cerca di descriverli "teoricamente" e non declinarli in un caso clinico concreto. Per questa ragione, e anche per ribadire il fatto che l'opera di Binswanger vuol fondare una dottrina, un percorso di comprensione e di cura, e non al contrario un impianto teorico si è deciso di lasciare all'analisi del caso Ellen West il compito di chiarire e approfondire i concetti che, con non poche difficoltà, si è cercato di illustrare.

---

<sup>114</sup> "Il che non è per nulla facile da accettare, per l'unilateralità della nostra formazione mentale, ispirata alle scienze naturali" L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 21.

<sup>115</sup> Seguono la consistenza o materialità, la colorazione e l'illuminazione, il movimento, la coestensività, ne parlerò rispetto al caso Ellen West. Si tratta di aspetti di natura secondaria, dipendono infatti dalla temporalizzazione e dalla spazializzazione.

## II

### **Nuovi orizzonti oltre il riduzionismo: *Il caso Ellen West***

#### *Perché il caso Ellen West*

Scritto tra il 1943 e il 1944, a più di vent'anni dal ricovero della donna conosciuta con lo pseudonimo Ellen West presso la clinica *Bellevue*, *Il caso Ellen West* è un libro tragico e oscuro. Tragico poiché, nonostante sia un saggio scientifico volto a dimostrare l'impiego dell'antropoanalisi su un caso concreto, la figura di donna che Binswanger rappresenta è talmente intrisa di sofferenza che non si può non restare profondamente toccati dalla storia della sua vita e della sua malattia. Oscuro, poiché di questa sofferenza non si riescono a rinvenire né le cause né i limiti: nel momento più inaspettato ecco un miglioramento, subito seguito da una profonda ricaduta o dalla comparsa di una nuova fonte di dolore, l'unica certezza sembra essere la considerazione che un qualche destino sia stato profondamente crudele con questa persona.

Dopo la prima uscita come articolo del 1944 sulla rivista medica *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, il caso viene ristampato nel 1957 nella raccolta *Schizophrenie* insieme ad altri quattro studi clinici risalenti a periodi differenti<sup>116</sup>. Come si evince da titolo, gli studi raccolti nel volume costituiscono dei tentativi di penetrazione antropologica di quelle forme di esistenza che la psichiatria clinica definisce schizofreniche.

Come specifica Binswanger stesso nell'*Introduzione*<sup>117</sup> alla raccolta, i casi che la costituiscono sono stati scelti in quanto corrispondenti ad alcuni criteri; in particolare la conoscenza di due tra questi dà ragione dell'importanza di Ellen West per l'antropoanalisi. "Il primo, ed il più importante, è stato quello della presenza di sufficiente «materiale» sia clinico che bio-storico, il quale

---

<sup>116</sup> Precisamente: *Il caso Ilse* (1945), *Il caso Jürg Zünd* (1947), *Il caso Lola Voss* (1949) e *Il caso Suzanne Urban* (1952-53).

<sup>117</sup> Si tratta di uno scritto molto importante per la comprensione del lavoro antropologico di Binswanger. La traduzione in lingua italiana si trova nel volume L. Binswanger, *Essere nel mondo*, intro. a cura di J. Needleman, Roma, Astrolabio, 1973.

comprendesse anche delle autodescrizioni preferibilmente abbastanza ampie"<sup>118</sup> come diari, poesie, lettere intime e tentativi cartacei di ordinare i pensieri; all'incontro con la giovane donna Binswanger viene in possesso dell'enorme produzione letteraria che Ellen, dotata di un'intelligenza fuori dal comune insieme a un vero e proprio talento per la scrittura, ha composto fin dalla prima adolescenza e che costituisce la ricchezza fenomenologica di questo caso.

Il secondo criterio è stato che non si trattasse di stadi di schizofrenia avanzata, le così dette demenze, affinché Binswanger potesse riferirsi non soltanto al passato dei pazienti ma seguirne lo sviluppo presente, mantenendo la comunicazione e lo scambio con loro. Ellen non ha mai manifestato tratti di demenza e neppure semplice inconsapevolezza della sua condizione, è sempre stata accompagnata da una straordinaria lucidità riguardo il suo stato e le sue emozioni, rendendosi disponibile a spiegare il suo mondo tormentato. In terzo luogo Binswanger ha scelto dei casi in cui la schizofrenia finale è stata in un qualche modo premonita da una serie di comportamenti "bizzarri" che costellano la vita di questi pazienti, attitudini che, sole, non sembravano particolarmente rilevanti ma, ad un attento sguardo retrospettivo, sono vere e proprie avvisaglie della patologia futura di queste persone. Fin dalla primissima infanzia, la storia personale di Ellen è segnata e quasi scandita da questi comportamenti "sopra le righe"; Binswanger sceglie casi con questa particolarità mosso dall'ipotesi che rendano più comprensibile l'essere-nel-mondo della presenza schizofrenica. Infine, l'ultimo criterio ha fatto sì che fossero presentati dei casi molto diversi tra loro, in modo tale da poter spogliare i risultati ottenuti di una sospetta parzialità, dal momento che, come approfondiremo in seguito, pur nella loro diversità queste storie presentano dei concetti affini.

Il saggio si apre con la ricostruzione delle vicende biografiche e cliniche della giovane per poi presentare, in tre parti ben distinte e indipendenti l'una dall'altra, l'antropoanalisi della figura di Ellen West, i tentativi psicoanalitici e la loro rilettura alla luce dell'antropologia fenomenologica e infine l'analisi clinico-psicopatologica del caso con correlata diagnosi formulata da Binswanger stesso, da Bleuler e da uno "psichiatra straniero" non aderente alla teoria kraepeliniana

---

<sup>118</sup> L. Binswanger, *Essere nel mondo*, op. cit., p. 251.

sulla schizofrenia. Binswanger presta molta attenzione a non confondere i limiti tra i tre approcci, lo si deduce non soltanto da questa divisione sistematica ma anche dal continuo riferimento al metodo di ricerca impiegato in ognuno dei tre indirizzi; l'autore, infatti, richiama ripetutamente gli obiettivi di ogni analisi e quali elementi biografici e clinici loro interessano. La parte dedicata alla ricostruzione delle vicende biografiche e cliniche di Ellen, che occupa da sé più della metà del testo, non è un mero *reportage* di date, periodi di internamento, terapie fallite e cenni biografici, bensì somiglia quasi al racconto, pur sempre scientifico, di una vicenda storica, una vera e propria narrazione dalle mille sfaccettature.

Il principio comune a questi tre indirizzi - psichiatrico, psicoanalitico e antropoanalitico - è il fare ordine "nell'enorme e imbarazzante messe di dati biografici, psicologici, psicopatologici, e biologici che vengono riuniti nella categoria clinica di 'caso'"<sup>119</sup>. La psicopatologia risponde a questo problema proponendo le sue classificazioni nosografiche, cioè riduce tutti questi dati in sintomi della presunta malattia mentale seguendo lo schema naturalistico che abbiamo imparato a conoscere. L'antropoanalisi tende ad un ordine completamente diverso, "reso possibile solo grazie all'interpretazione di tutti questi dati come particolari modalità della presenza, del suo dispiegarsi, e della sua realizzazione"<sup>120</sup>, un ordine cioè fenomenologico; l'analisi fenomenologica è una visione e non una teoria poiché non spiega niente e non riconduce nulla ad un sistema concettuale precostituito, bensì rappresenta un particolare tentativo di comprensione di come Ellen "sia nel mondo"<sup>121</sup>, le diverse forme che il suo progetto di mondo ha assunto durante la sua breve e tormentata esistenza.

La particolarità che rende le schizofrenie e dunque il caso Ellen West estremamente interessanti e stimolanti per l'analisi fenomenologica è il fatto che in questi processi la presenza non si esaurisce in un unico mondo, bensì ne abita diversi, talvolta contemporaneamente, talvolta in successione. Allo psichiatra orientato antropologicamente spetta il difficile compito di prendere in considerazione ciascuno di questi mondi cercando di rivelare "in qual misura si

---

<sup>119</sup> L. Binswanger, *Essere nel mondo*, op. cit., p. 252.

<sup>120</sup> *Ibidem*.

<sup>121</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 6.

trasformano le strutture dell'essere-nel-mondo e dell'essere al di sopra e al di fuori di esso là dove, clinicamente, parliamo appunto di processo schizofrenico"<sup>122</sup>. *Il caso Ellen West* ha come protagonista proprio queste trasformazioni della presenza, le quali sono iscritte in un più generale processo di *restringimento* e *svuotamento* del mondo della giovane donna, fino allo spegnersi della sua esistenza.

Questo è il processo che Binswanger descrive una volta create le condizioni per la sua analisi, ossia una storia accurata della vita e della malattia di Ellen, completata dal puntuale richiamo alla produzione letteraria.

Lasciamo dunque parlare questa storia prima di poterci avvicinare alla comprensione antropologica.

### **1. La storia della vita e della malattia "dell'individualità umana a cui abbiamo dato il nome di Ellen West"<sup>123</sup>**

Il racconto che Binswanger propone è una storia densa di avvenimenti e informazioni di natura differente, è una storia raccontata in modo complesso in cui si mescolano più piani per preparare il lettore all'*esperimento* antropoanalitico.

Ogni racconto, per quanto si sforzi di toccare più ambiti e di far parlare più voci possibili, è sempre particolare, *situato*, ossia porta il segno di chi racconta. La storia della vita e della malattia della giovane paziente di Binswanger rappresenta un grande sforzo di lucidità e obiettività, sforzo che tuttavia tradisce i pensieri del suo autore; pensieri che si integrano perfettamente con il racconto, tanto che in non pochi passaggi la voce di Binswanger si distingue a fatica da quella di Ellen.

Si tratta in particolare della questione dell'ossessione del cibo<sup>124</sup>: che la donna abbia sofferto enormemente il suo rapporto con il nutrirsi è indubbio, tuttavia

---

<sup>122</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 44.

<sup>123</sup> *Ivi*, p.95.

alcune considerazioni dello psichiatra svizzero su eventi e dettagli precedenti anche di molti anni la comparsa della problematicizzazione del rapporto tra la donna e il cibo indicano una ricerca a ritroso di *spie* dello stato psicologico della paziente che Binswanger conosce, ormai trentenne.

Unica figlia femmina di un ricco ebreo<sup>125</sup>, Ellen West cresce con un padre molto amato benché rigido e formale, una madre molto buona ma estremamente nervosa e una fidata bambinaia a cui la giovane rimane molto legata per tutta la vita. La famiglia non è estranea a problemi e inquietudini derivanti da psicosi e turbe mentali: due fratelli del padre si sono tolti la vita, il fratello più piccolo di Ellen ha manifestato istinti suicidi molto giovane e in entrambe le famiglie di origine dei genitori vi sono casi di crolli psichici e depressioni.

A soli nove mesi, la piccola Ellen rifiuta il latte e viene nutrita con del brodo di carne. Una volta svezzata, continua a manifestare una forte resistenza all'assunzione di alcuni cibi, rifiutando con fermezza soprattutto i dolci. Poiché una volta adulta Ellen confessa di esser sempre stata molto golosa di dolci, fin da piccolissima, Binswanger legge in questa resistenza non soltanto un banale capriccio puerile ma una vera e propria volontà di disobbedire, di ribellarsi rifiutando di mangiare anche ciò che più le piace. Queste notizie relative ai suoi primi anni le sono state raccontate dai genitori e dalla bambinaia in quanto Ellen

---

124 È doveroso ricordare che *Il caso Ellen West* non è soltanto il "manifesto" dell'esercizio fenomenologico di Binswanger, ma anche uno dei primi e più importanti ritratti della vita interiore di una ragazza bulimica. Nella sezione del caso dedicata alla diagnosi psicopatologica, Binswanger non ha proposto alcuna diagnosi di disturbo dell'alimentazione, nonostante l'anoressia e la bulimia nervose fossero già presenti nella letteratura psichiatrica a partire dagli anni Quaranta. Ritengo sia stata una scelta coraggiosa: nonostante fosse consapevole della presenza di un problema nel rapporto con il nutrirsi e che lo ritenesse anche molto importante, Binswanger non ha creduto che una diagnosi di bulimia nervosa potesse racchiudere la complessità dei mondi di questa persona. In effetti, per quanto senza dubbio Ellen West soffriva terribilmente nel suo rapporto con il cibo, la sua sofferenza è ben più profonda, la sua condizione non è paragonabile ai fenomeni di bulimia e anoressia nervose che divampano oggi tra le adolescenti. Per approfondire le questioni dei problemi alimentari e della percezione del proprio corpo rimando a J. Chasseguet-Smirgel, *Il corpo come specchio del mondo*, (a cura di) F. Del Corno, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2005 e R.A. Gordon, *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2004.

<sup>125</sup> La storia riportata da Binswanger manca di molti fondamentali indizi temporali e geografici: gli anni sono omessi e i luoghi sono cifrati, viene detto che è una famiglia ebrea emigrata "oltremare", un fratello vi è rimasto mentre i genitori ed Ellen sono tornati in Europa. Il forte anonimato che Binswanger ha imposto sulla vicenda è da leggersi come massimo rispetto per il segreto professionale e come volontà di proteggere i familiari, tra cui il marito, della donna, sicuramente ancora vivi al momento della pubblicazione. Dagli archivi dell'ormai chiusa clinica *Bellevue* di Kreuzlingen, in Svizzera, si sa che la donna nacque nel 1888 e morì nel 1921.

non ricorda quasi nulla della sua infanzia, grave mancanza sia per l'antropoanalisi che per i tentativi psicoanalitici. Viene descritta come una bambina molto vivace, ma ostinata e addirittura violenta, soprattutto rispetto ai genitori, nei confronti dei quali nutre quasi un sospetto, una sfiducia: un giorno questi le mostrano un nido di uccellini e la piccola Ellen dichiara che non si tratta di un nido e non c'è modo per i suoi genitori di farle cambiare idea.

Un ricordo ancora vivido nella mente adulta di Ellen è aver avuto fin da piccola un certo peso sul cuore, una sensazione di oppressione e vuoto causa di grande dolore.

A scuola è molto ambiziosa, non arrivare prima nelle sue materie preferite (storia e tedesco) causa sessioni di pianto ininterrotto, tanto che il suo "motto" è *aut Caesar, aut nihil!*. Preferisce giochi e indumenti maschili fino all'età di sedici anni, una delle sue prime poesie è datata a quel tempo ed esprime il fervente desiderio di essere un ragazzo affinché possa morire contento da soldato brandendo la sua spada. Le poesie adolescenziali rivelano un indubbio talento per la letteratura ma anche una "marcata labilità dell'umore: ora il cuore batte di gioia e di giubilo, ora il cielo si oscura, i venti spirano sinistri e la navicella della sua esistenza va alla deriva"<sup>126</sup> tra un momento felice e l'incertezza angosciante del futuro. Alle poesie si accompagnano pagine di diario ricche di riflessioni molto acute eppure estremamente desolanti sulla caducità della vita umana così in balia di forze imprevedibili e crudeli. Una smisurata paura di essere dimenticata instilla in Ellen la necessità di rendersi utile, inizia così ad occuparsi intensamente di politica e questioni sociali, impegno che porta avanti quasi tutta la vita. L'attività sociale placa il suo senso di disagio per far parte di una classe molto agiata rispetto alla "massa", le cui condizioni di stento sono al centro delle sue riflessioni: "là, in sale illuminate a giorno, stanno danzando, e davanti alla porta una povera vecchia muore di fame"<sup>127</sup>, scrive nel diario.

Le poesie "Baciarmi quando sarò morta", "Io ti odio", "Stanca", scritte a diciassette anni, esprimono un tono decisamente depressivo: Nella prima Ellen dà libero sfogo al suo stato d'animo tormentato da forti emozioni contrastanti che la spingono ad invocare un dio del mare affinché la uccida con i suoi baci sullo

---

<sup>126</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 57.

<sup>127</sup> *Ivi*, p. 59.



sfondo di uno scenario naturale apocalittico nel quale il sole è stato inghiottito dal mare e dalla nebbia. L'ultima è ancor più esplicita: un'oscura e umida nebbia si alza verso di lei e avvolge il suo cuore ormai freddo e morto da tempo, la natura intorno a lei canta un'aria triste e dolorosa provocandole angoscia e vuoto.

"Oh, soffoca le mormoranti voci nel lavoro! Riempi la tua vita di doveri. - Non voglio pensare tanto - il mio ultimo indirizzo non deve essere il manicomio!"<sup>128</sup> scrive ancora nel diario, quasi come se stesse replicando a ciò che ha scritto nelle poesie ricordate, come se stesse lottando contro il suo sentirsi depressa e già morta. Ellen è persuasa che il lavoro, la fatica che richiede e il tempo che esige possano sottrarre la sua mente al continuo dialogo con se stessa: dotata di un'intelligenza fuori dal comune e di un grande spirito critico, la giovane ha una netta disposizione all'auto-indagarsi, al riflettere su ciò che sente e che la muove, come dimostrano le pagine del diario ricche di domande ed indagini interiori.

A diciotto anni, "nasce in lei *il desiderio di essere tenera ed eterea, come lo sono le amiche che si viene scegliendo*"<sup>129</sup> e le poesie esprimono ancora una volta stati d'animo contraddittori, dalla meraviglia per l'esplosione di luce della natura rigogliosa alla nostalgia dell'oscurità. A vent'anni si sente felice e spensierata, compie un viaggio "oltremare" per assistere il fratello maggiore ammalato durante il quale beve e mangia con gusto, difatti "questo è *l'ultimo periodo della sua vita in cui Ellen può mangiare a cuor leggero*"<sup>130</sup>. Si fida con un "romantico straniero" ma, nonostante sia felice, rompe il fidanzamento su consiglio del padre senza molti ripensamenti, infatti le pagine del diario dei giorni successivi sono tranquille e serene e mostrano una voglia di imparare e comprendere i segreti dell'universo. Ellen sta rientrando dal suo lungo soggiorno e si ferma in Sicilia, dove ben presto la gioia e la spensieratezza lasciano posto a una nuova angoscia: l'angoscia di ingrassare. Durante le prime due settimane della sua sosta siciliana la giovane aveva avuto un grande appetito, era effettivamente ingrassata e le amiche iniziavano a notarlo. La paura di ingrassare si impone con prepotenza in ogni angolo della sua mente, Ellen inizia a compiere una serie di pratiche rigorose ed "esercizi" puntali per mantenersi magra: digiuna, compie lunghe ed estenuanti

---

<sup>128</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 59.

<sup>129</sup> *Ibidem*.

<sup>130</sup> *Ivi*, p. 60.

passaggiate e inizia ad assumere massicce quantità di lassativi, anche settanta compresse al giorno. Parla di come il suo corpo sia ormai preda dei tormenti della sua anima, non ha scampo tanto che non riesce a stare ferma, l'immobilità le è impossibile. "Il mio io interiore è così strettamente legato al mio corpo che entrambi formano un'unità e insieme costituiscono il mio io, il mio illogico, nervoso, individualistico io"<sup>131</sup>: Ellen si sente inutile e vuota, agitata e senza meta. Tutti i suoi sforzi non le sembrano condurla al dimagrimento sperato: afferma di sentirsi ogni giorno "*più grassa, più vecchia e più brutta*"<sup>132</sup> e inizia a considerare la morte come unica ancora di salvezza da questo decadimento continuo poiché "senza la speranza della fine, l'esistenza sarebbe insopportabile"<sup>133</sup>.

Dopo qualche mese la giovane sente riaffiorare una seppur debole voglia di vivere, esce dalla depressione acuta ma non riesce a trattenere l'angoscia e la disperazione per la monotonia della sua vita, stretta nelle catene delle convenzioni, soprattutto quelle dell'amore, "sì, sono queste a reprimere in me, a trattenere in me il rinnovarsi di una vita fiera"<sup>134</sup>. Non intende fare concessioni e aspira a realizzare qualcosa di grande, di straordinario per soffocare la sua misera vita quotidiana, fatta di presenza maligne che la perseguitano come descrive in una poesia appunto intitolata "I pensieri maligni".

A ventitré anni, la costante angoscia di ingrassare inizia ad accompagnarsi ad un enorme appetito, ad una voglia incontrollata di mangiare dolci, soprattutto quando è di cattivo umore, indisposta dalle altre persone. Si trasferisce in un'altra città per frequentare l'università e si fida con uno *studente*, è molto felice. Binswanger riporta un passo di una poesia scritta in quel periodo per sottolineare un'inquietante sovrapposizione di significati tra la morte e la felicità:

Vorrei morire come l'uccello muore,  
cui nel giubilo supremo la gola si spezza:  
non vivere come il verme sulla terra,  
non diventare vecchia, brutta, ottusa, stupida.  
No, vorrei poter sentire l'intimo vigore accendersi  
e consumarsi selvaggiamente nel mio proprio fuoco.

---

<sup>131</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 62

<sup>132</sup> *Ibidem*.

<sup>133</sup> *Ibidem*.

<sup>134</sup> *Ivi*, p. 63.

I genitori impongono una separazione ai due fidanzati che dopo poco tempo si lasciano, è un periodo molto difficile per Ellen: alla perdita dell'amore si accompagna un nuovo aumento di peso che la fa sprofondare nella depressione. Riesce a dimagrire e stringe un legame più intenso con il cugino che si innamora di lei, nel frattempo riprende i contatti con lo studente. Dopo due anni di incertezza tra i due innamorati, a ventotto anni sposa il cugino Karl. Nonostante l'amore del marito, è perseguitata dall'idea che il suo corpo non sia abbastanza bello, né adatto a dare alla luce dei figli e inizia a percuoterlo con i pugni quando è davanti allo specchio. Ellen si rende conto che un'alimentazione sana è il presupposto per portare a termine una gravidanza ma il desiderio di maternità non riesce a sconfiggere la paura di ingrassare e ha un aborto spontaneo a causa delle sue malsane abitudini. Si interrompono i rapporti intimi con il coniuge ed Ellen continua a perdere peso, diventando vegetariana. La giovane donna aveva realmente sperato di riuscire a liberarsi della sua "idea fissa" con un matrimonio felice, ma non è così e finalmente riesce a confessare a Karl che "ormai la sua vita continua soltanto nella preoccupazione di come poter restar magra, che tutte le sue azioni si subordinano a questo punto di vista"<sup>135</sup>.

Ellen consuma le poche forze che le restano lavorando senza sosta presso un'associazione assistenziale, prova immensa gioia nel compiere le operazioni che favoriranno un'ulteriore perdita di peso come compilare tabelle caloriche e studiare ricette, organizzare i pasti impiega tutte le sue energie e sviluppa una tendenza - che oggi sarebbe certamente chiamata "bulimica" - a ingurgitare quantità spropositate di quei cibi che reputa non ingrassanti. Il pensiero della morte ha adesso una forza inedita: la donna prende atteggiamenti autodistruttivi come esporsi volontariamente alle intemperie quando ha la febbre con la speranza di ammalarsi più seriamente. A trentadue anni le sue condizioni fisiche hanno un crollo decisivo: è talmente debole che non riesce neppure a lavorare, è costretta a restare a letto il pomeriggio poiché, a causa delle quantità spropositate di lassativi ingeriti, tutta la notte la assalgono vomito e violenta diarrea, pesa soltanto quarantadue chili.

---

<sup>135</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 70.

Si sottopone ad un primo trattamento psicoanalitico che ben presto dichiara inutile. La giovane donna sa di voler esser sana, ma non riesce a farlo poiché sa anche che guarire significa ingrassare, cedere ai suoi istinti di voracità. Si sottopone una seconda volta alla psicoanalisi, questa volta con un freudiano ortodosso che le consiglia di allontanarsi momentaneamente dal marito: sono le settimane che ella stessa definisce come "le più orribili della sua vita"<sup>136</sup>, nelle quali compie vari tentativi di suicidio. Ellen è distrutta e le produzioni letterarie di quel periodo lo confermano: compare una sensazione di *vuoto* incolmabile e un *dolore fisico* ogni volta che pensa al cibo e a come non ingrassare. Vive nella completa angoscia in funzione dei pasti, spettacoli inquietanti in cui la donna fa violenza a se stessa ora gettandosi sul cibo come un animale, ora privandosene. La psicoanalisi le ha chiarito il fatto che nutrirsi significa placare la fame incontrollabile e il suo bisogno di amore, ma al di là di riportare alla luce questi significati sotterranei non può aiutarla a guarire: "troverei forse la liberazione se potessi risolvere questo enigma: scoprire il punto di raccordo tra il mangiare e la brama. [...] Assolutamente io non mi capisco. È terribile non capire se stessi. *Io sto di fronte a me stessa come ad un estraneo*"<sup>137</sup>.

I mesi che seguono, nei quali viene ricoverata in una clinica per essere trasferita a *Bellevue*, sono terribili e la produzione letteraria lo conferma, risalgono a questo periodo alcune metafore vivide e disarmanti scritte da Ellen sulla sua condizione: ora si sente perseguitata dalla fame come le Erinni perseguitano l'omicida, non può fare a meno di pensare al mangiare come egli ricorda la scena del delitto, ora si sente prigioniera di se stessa, circondata da nemici che la perseguitano con la spada sguainata<sup>138</sup>, ora è in Siberia e il suo cuore è avvolto di gelo e solitudine.

Il 14 gennaio del nuovo anno, dal momento che le sue condizioni non mostrano alcun miglioramento, viene trasferita alla clinica di Kreuzlingen dove incontra Binswanger, il direttore, per la prima volta. La sua voglia di vivere è ridotta la

---

<sup>136</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 75.

<sup>137</sup> *Ivi*, p. 77.

<sup>138</sup> "Non serve a nulla che lo psicoanalista mi dica che sono io stessa a inventarmi gli armati, che sono personaggi immaginari e non uomini reali. *Per me sono realissimi*" Cfr. *Ivi*, p. 82.

minimo, se non fosse per la presenza del marito che esercita su di lei un'influenza molto positiva.

Si ha l'impressione che la paziente si trovi non tanto in una vera afflizione depressiva quanto si senta psicicamente vuota e spenta, completamente vacua e soffra appunto di non poter evocare moti affettivi. Forte sentimento di malattia nel senso di venir meno della sua energia spirituale. Il suo desiderio di morte è quindi sincero.<sup>139</sup>

Queste sono le annotazioni di Binswanger dopo aver incontrato Ellen e aver ricostruito con lei e il marito l'anamnesi. Sono rilevanti del periodo trascorso a *Bellevue* una componente omoerotica risultate dalla profonda amicizia che Ellen stringe con un'altra paziente, "elegante e magrissima"<sup>140</sup>, e i suoi sogni riguardanti il cibo e la morte. Le minacce di suicidio si intensificano tanto che non è più sicuro tenerla nel reparto aperto, Binswanger reputa dunque opportuno un consulto con Bleuler e uno "psichiatra straniero" non aderente alla teoria di Bleuler e Kraepelin sulla schizofrenia. Se non sulla diagnosi, i tre medici concordano sull'impossibilità di guarigione di Ellen e dunque sull'inutilità di trattenerla in clinica, pervenendo tutti assieme alla conclusione di assecondare il desiderio della paziente di tornare a casa.

E così, Ellen West lascia la clinica *Bellevue* con il marito. Nei due giorni successivi alla dimissione i sintomi che ha provato per tutta la vita non le danno tregua, anzi sembrano addirittura intensificati. Il terzo giorno del ritorno a casa è invece come rinata: per la prima volta dopo tredici anni mangia con gusto fino ad esser sazia, passeggia con il marito e legge con lui. La sera scrive lettere di congedo, l'ultima proprio a quell'amica tanto amata che aveva conosciuto in clinica, prima di dormire assume una dose mortale di veleno e si spegne il mattino seguente. "Apparve allora, come mai nella sua vita - quieta e felice e in pace con se stessa"<sup>141</sup>.

---

<sup>139</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 87.

<sup>140</sup> *Ivi*, p. 89

<sup>141</sup> Sono le parole del marito Karl. Cfr. *Ivi*, p. 94.

## 2. Antropoanalisi

### §1. Al di là della storia clinica: Ellen è una figura antropologica

La storia della vita e della malattia di Ellen West è il punto di partenza di ogni indagine di cui la donna fu oggetto, le vicende della sua vita sono il complesso di dati a disposizione ora dei due psicoanalisti, ora degli diversi psichiatri che hanno tentato e di curarla e di studiare il suo caso. L'analisi antropologica non fa eccezione, ma

*in contrasto con l'elaborazione schematizzante che la figura pubblica di un'individualità subisce nella prospettiva della storiografia scientifica, è nostra intenzione escludere quanto più possibile tutti i giudizi sulla individualità in questione. [...] In luogo della figura storica costruita per impressioni ed esercitando il giudizio, compare qui la figura antropologica.*<sup>142</sup>

La psichiatria clinica ha, come ogni altra scienza medica, l'urgenza fondamentale di risalire alle cause di ogni alterazione dello "stato normale", di formulare una diagnosi basata sull'anamnesi e indicare una prognosi sulla quale costruire una terapia. In una parola, la psichiatria elabora giudizi, dove con "giudizi" si intende la sentenza unilaterale ed unidirezionale delle scienze positive, emessa sempre dal soggetto conoscente verso il suo oggetto di indagine e mai viceversa.

Dove il giudizio psichiatrico divide e allontana, rendendo incomprensibile e inespugnabile agli occhi del medico l'universo del malato, l'antropoanalisi cerca questo "non dato", questo "passaggio segreto" che conduce al mondo del paziente.

Binswanger ha cercato di spogliarsi della *rage de vouloir conclure* medica andando alla ricerca dell'umanità dietro quella figura pubblica che il giudizio scientifico ha costruito, si è cioè impegnato a rinunciare alla valutazione, sia essa morale, medica, sociale, di quell'individualità a cui ha dato il nome di Ellen West per mettersi realmente in contatto con lei. La rinuncia alle categorie di sano e malato, anormale e normale è possibile solo interpretando i dati della storia della vita di Ellen come particolari modalità della sua presenza, il suo dispiegarsi nel

---

<sup>142</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 96

mondo e la realizzazione dei suoi progetti. Ogni presenza ha una particolare costituzione - un chi, un come e un modo in cui - che si declina nel suo progetto di mondo secondo un "ordine antropologico"<sup>143</sup> che è stato descritto dall'analitica esistenziale di Heidegger come il dispiegamento dell'esserci nel mondo della coesistenza; nelle forme di esistenza che la psichiatria chiama schizofreniche come quella di Ellen West questo dispiegamento è in qualche modo capovolto. Grazie allo studio dell'enorme materiale biografico e letterario della giovane donna e per analogia con gli altri importanti casi di schizofrenia analizzati, Binswanger individua i cardini di questo capovolgimento. Si tratta dei concetti fondamentali per comprensione degli sviluppi della presenza, li seguiremo per come Binswanger li ha illustrati nella già citata introduzione alla raccolta *Schizophrenie* nella ricostruzione dell'analisi antropologica di Ellen West.

## §2. "Aut Caesar, aut nihil!": la rottura della coerenza

Come si è visto nel capitolo precedente, l'antropoanalisi svuota i concetti riduzionisti di sano e malato del loro significato euristico poiché la sua attenzione è rivolta alle modalità in cui la presenza del paziente si dispiega nel mondo, modalità la cui comprensione è possibile solo a patto della sospensione di ogni giudizio, sia esso morale, medico o sociale.

Binswanger riassume una conversazione avuta con la paziente pochi giorni dopo il ricovero: discutono del piacere che la giovane prova nel passeggiare, attività che ha sempre amato, e della sua compostezza quando si trova con gli altri, eppure "mai in tali occasioni, tuttavia, si libera di se stessa e ha sempre la sensazione [parole di Ellen] *di essere come un cadavere in mezzo a persone viventi*"<sup>144</sup>. Ellen si sente diversa dalle altre persone, di una diversità irriducibile e profondamente negativa; in termini antropoanalitici questa sensazione di dolorosa estraneità della presenza si riferisce alla chiara percezione dell'inautenticità del suo essere-nel-mondo rispetto all'esperienza autentica e ricca delle altre persone. L'esperienza autentica è il fiorire della presenza, il suo dispiegarsi nel mondo, il suo realizzarsi nell'incontro felice con i Tu della sua vita, con i quali riesce a

<sup>143</sup> L. Binswanger, *Essere nel mondo*, op. cit., p. 252.

<sup>144</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 88.

costruire relazioni che, per quanto più o meno problematiche, si integrano per quello che sono nel progetto del soggetto, favorendone il compimento nell'amore. Il mondo interiore di quest'esistenza è dunque *coerente* con il mondo esterno<sup>145</sup> poiché nel suo essere con gli altri e nel suo essere con se stessa - in termini heideggeriani nel suo "soffermarsi-presso" gli altri o se stessa - "*lascia essere* gli enti (tutti gli enti) come sono per se stessi"<sup>146</sup>, ha con questi enti un rapporto genuino di immediatezza e non di corsa alla prevaricazione.

La presenza schizofrenica è caratterizzata dalla rottura di questa coerenza: l'ordine struttura della realizzazione del rapporto con il sé e gli altri viene meno e al suo posto si dispiega l'esperienza inautentica. L'analisi antropologica di Ellen West rivela questo scarto, questo "impoverimento": fin da piccola, Ellen non riesce a lasciar essere le cose per quello che sono, non è capace di soffermarsi serenamente presso di esse ma dichiara loro guerra.

I primi segni di questa incoerenza sono presenti fin dall'infanzia: Binswanger sottolinea come i precoci atteggiamenti di rifiuto verso il cibo - il rifiuto del latte e la resistenza, nonostante ne sia golosa, ai cibi dolci - e l'essere testarda e violenta soprattutto nei confronti dei genitori non sono semplici capricci di poco conto bensì atteggiamenti che rivelano un preciso essere di Ellen rispetto al mondo. "Già nel rifiuto del latte si rivela una 'linea di separazione' tra il mondo proprio della corporeità e il mondo circostante"<sup>147</sup>, mentre l'ostinazione tradisce una vera e propria "resistenza al mondo della coesistenza"<sup>148</sup>: la piccola Ellen ha una percezione del mondo esterno non per come esso realmente è, bensì come profondamente ostile e contrario al libero sviluppo del mondo interiore. L'episodio del nido è estremamente esplicativo: nel negare con forza un'evidenza comunemente accettata ("Questo nido non è un nido!") dall'ambiente sociale, la piccola Ellen gli dichiara guerra aprendo una profonda frattura.

Nell'esistenza autentica, l'incontro tra il soggetto e il mondo è iscritto nel segno dell'apertura del primo verso il secondo: il mondo esterno si dischiude davanti al

---

<sup>145</sup> Con mondo esterno (altrove ambiente) si intenda *e* l'ambiente "fisico", lo scenario quotidiano in cui il soggetto vive *e* la rete di relazioni tra questo soggetto e le persone della sua vita. Cfr. *supra* p. 53.

<sup>146</sup> L. Binswanger, *Essere nel mondo*, op. cit., p. 253.

<sup>147</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 98.

<sup>148</sup> *Ibidem*.



soggetto con la sua novità e differenza, la sua alterità positiva e le sue infinite possibilità da cui l'Io, superati timore e spaesamento iniziali, può attingere per iniziare a sviluppare il suo progetto. Al contrario, il mondo che Ellen vede davanti a sé ha perso completamente la sua polifonia, riducendosi ad essere un ambiente ostile e minaccioso di fronte al quale la presenza si ritrae chiudendosi progressivamente in se stessa. I giochi e gli indumenti maschili, insieme ad una delle primissime poesie in cui si augura di essere un ragazzo per poter morire da soldato sono letti da Binswanger come un affinamento delle "armi" con cui la bambina lotta contro il mondo: invece di accettare la posizione in cui si trova ad essere per nascita - una donna -, Ellen "cerca di ingannare se stessa e l'ambiente sociale"<sup>149</sup> facendo finta di non essere ciò che è, si maschera da ragazzo e gioca al guerriero impavido quando in realtà si sente minacciata e minuscola di fronte a quell'universo ostile.

Durante l'adolescenza l'ostinazione nei confronti dei genitori si assopisce per sfogarsi piuttosto nell'ambizione, nello smisurato impegno scolastico e nella ferrea volontà di cambiare il mondo con l'impegno nel lavoro sociale. La volontà di cambiare il mondo e la denuncia dell'ingiustizia sociale di cui la sua famiglia è diretta emanazione sono spinte positive con cui Ellen cerca di colmare la frattura negativa tra il mondo proprio e l'ambiente, ne sono prova le pagine del diario in cui la giovane parla del lavoro come ciò che può salvarla dai suoi pensieri dolorosi. L'apertura all'esterno così dimostrata non è però autentica e coerente fino in fondo: l'interesse e l'amore per il prossimo, anche rivelano una sincera spinta verso la dimensione dell'essere-insieme-nell'amore, sono pur sempre mossi dall'ambizione e dalla paura di essere dimenticata.

Questa considerazione, senz'altro corretta in quanto ammessa dalla stessa Ellen, non deve però offuscare il reale interesse e la cura che la donna dimostrò verso le altre persone, né il suo reale dolore per le condizioni delle classi meno agiate poiché entrambe "non sarebbero possibili senza il germe dell'autentico amore. Che su questo germe si stenda un'ombra così fosca, che esso anzi venga spento, costituisce una delle fondamentali scaturigini della sofferenza del

---

<sup>149</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 100.

tormento di questa presenza"<sup>150</sup>. La ragione di quel senso di vuoto e di oppressione che Ellen ricorda di aver sentito fin da piccola proviene dalla presa di coscienza del progressivo "scollamento" del suo mondo interiore rispetto al mondo sociale e al tempo stesso del fatto che la donna è consapevole di avere la possibilità fermare questo allontanamento, potrebbe trascendere il suo essere-nel-mondo nella dimensione dell'amore e realizzare i suoi progetti, come dimostrano le spinte positive come la passione per le questioni sociali e la timida vena di spensieratezza che ogni tanto riesce a tornare in superficie nelle sue poesie.

Senza una segreta coscienza della possibilità dell'essere al di sopra e al di fuori del mondo, questa presenza non avrebbe sofferto il vuoto e la miseria nel modo in cui li ha effettivamente sofferti: la presenza non si sarebbe trasformata in un inferno. Per una persona che si trovi completamente fuori dalla dimensione dell'amore, la presenza può trasformarsi in un peso, ma non in un inferno.<sup>151</sup>

Dalle pagine del diario e nelle poesie di questo periodo, il suo diciassettesimo anno, emerge l'ultimo tentativo concreto di Ellen di placare le sue emozioni depressive e di riuscire a impiegare la sua vita in un progetto concreto, lavorando: "Oh, soffoca le mormoranti voci nel lavoro! Riempi la tua vita di doveri. - Non voglio pensare tanto - il mio ultimo indirizzo non deve essere il manicomio!"<sup>152</sup>. Si tratta dell'ultimo tentativo che ha avuto un esito parzialmente positivo, subito prima della comparsa dell'ideale che cambia per sempre la sua vita.

Dopo i diciotto anni, Ellen inizia a nutrire il desiderio di essere tenera ed eterea come alcune amiche, di essere magra: sta rivolgendo *al proprio corpo* e *a se stessa* l'ostinazione e la violenza fino ad allora impiegate nei confronti dei genitori, delle altre persone, della società.

In termini antropoanalitici, la giovane donna manifesta l'incoerenza dell'esperienza dell'essere se stessa e dell'essere il suo corpo, vuole disporre in maniera arbitraria e aggressiva stabilendo come essi dovrebbero essere: il suo corpo deve essere magro, non deve ingrassare e lei stessa non deve essere così com'è, ma diversa, anche a costo di morire. "O Creatore, Creatore, / riprendimi! / Creami una seconda volta / e creami meglio!"<sup>153</sup>, così recita una poesia che mostra

---

<sup>150</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 103.

<sup>151</sup> *Ibidem*.

<sup>152</sup> *Ivi*, p. 59.

<sup>153</sup> *Ivi*, p. 68.

la completa impossibilità di Ellen di accettarsi e lasciarsi essere quello che è; la tragicità di questa situazione, come di tutte le altre esistenze schizofreniche, proviene dal fatto che quel "come Ellen vorrebbe" non si realizza mai. Per quanto possa digiunare, per quanto si impegni nel cambiare la società, il suo copro non sarà mai abbastanza magro e il mondo non sarà mai abbastanza giusto; la sua azione è sentita come inutile ed ha come unico risultato il dolore del fallimento, del non aver saputo far essere le cose come voleva. Binswanger sottolinea come il secondo psicoanalista abbia scorto questa stessa origine dietro la caparbia di Ellen nei confronti degli altri e le tribolazioni alle quali sottopone il corpo; egli infatti ha concluso che lo scopo principale della donna sarebbe "il soggiogamento di tutte le altre persone"<sup>154</sup>, risultato accettato come veritiero dalla stessa Ellen.

Questo sentimento di impotenza generale si canalizza in un desiderio che diventa prioritario rispetto agli altri, nel caso di Ellen è il desiderio di essere magra.

Si è creata un ideale per sempre irraggiungibile dietro al quale corre disperata: l'ideale del corpo magro. Ellen rincorre per tutta la vita questa idea fissa nella convinzione, che sa essere illusoria, che il suo raggiungimento possa salvarla dall'inautenticità, che l'essere magra sia ciò che le manca per portare a termine il suo progetto di mondo. Scrive nel testo autobiografico *Storia di una nevrosi*: "quest'ossessione è diventata la maledizione della mia vita. [...] Mi perseguita come le Erinni perseguitano l'omicida, fa del mondo una caricatura e della mia vita un inferno"<sup>155</sup>; eppure di questo ideale che tanto le è nocivo non si riesce a liberare, "prigioniera di se stessa"<sup>156</sup>. Binswanger sottolinea come le metafore impiegate dalla sua paziente non siano vezzi stilistici, ma hanno valore antropologico proprio in quanto dipingono quella certa immagine con cui la presenza ha cercato di comunicare il suo mondo<sup>157</sup>.

È comune alle esistenze schizofreniche illudersi che l'ideale irraggiungibile che si sono fissati rappresenti una via d'uscita dalla loro esistenza dolorosa, queste

---

<sup>154</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 71.

<sup>155</sup> *Ivi*, p. 81.

<sup>156</sup> *Ivi*, p. 82.

<sup>157</sup> In antroponalisi è fondamentale chiedersi perché Ellen ha utilizzato una certa immagine piuttosto che un'altra e perché ha scelto proprio tali parole. Si tratta di un punto cruciale nella distinzione tra l'antroponalisi e l'indirizzo psicoanalitico: cfr. *infra* pp 81 ss.

povere anime si tormentano per tutta la vita forzandosi ad essere ciò che non sono prima di arrendersi e prendere una definitiva via d'uscita dall'esistenza di dolore (nel caso di Ellen, il suicidio). *Aut Caesar, aut nihil!*: il motto fatto suo fin dalla prima adolescenza porta con sé l'impossibilità di Ellen di soffermarsi serenamente presso il mondo e presso se stessa, con un particolare accanimento nei confronti del proprio corpo, spinto al di là di se stesso fino all'ideale fissato, "punto di appoggio nella vita e nella lotta disperata per agire in conformità ad esso e per conservarlo"<sup>158</sup>.

### §3. *L'aut-aut*

Con l'introduzione dell'ideale di magrezza di Ellen West, si è aperta la strada all'esplicazione del secondo concetto costitutivo della ricerca binswangeriana sulla schizofrenia ovvero "la *scissione dell'incoerenza dell'esperienza* in due *alternative*, un rigido *aut-aut*"<sup>159</sup> in cui la vita di queste sfortunate presenze sfocia.

L'incoerenza dell'esperienza di Ellen, cioè la sua impossibilità di lasciar essere gli enti per quello che realmente sono, trova un appiglio illusorio nell'ideale di magrezza; è come se si stesse dicendo: "il controllo di quel mondo ostile mi sfugge, me stessa mi sfugge; ma se sarò riuscirò a raggiungere il mio ideale, se sarò *magra* controllerò tutto, realizzerò la mia vita e il mondo non sarà più una minaccia; se invece non riuscirò ad essere magra, a *vivere* cioè il mio ideale nel mondo in comune, allora tanto meglio *morire*".

La tragicità risiede nel fatto ineluttabile che questo ideale non soltanto è irraggiungibile poiché tende ad un infinito in progressione, ma anche e soprattutto poiché è inadeguato e nocivo. Nella corsa al raggiungimento dell'ideale, la presenza è al corrente del suo progressivo sprofondare, di non migliorare affatto le sue condizioni, infatti nel diario risalente al suo trentunesimo anno Ellen ammette di aver riconosciuto "insensata da un pezzo" la sua "soverchiante idea" di esser magra<sup>160</sup>. Invece di aprire la strada alla liberazione, l'idea fissa erige un muro invalicabile ed impenetrabile intorno alla presenza, costringendola a due sole

---

<sup>158</sup> L. Binswanger, *Essere nel mondo*, op. cit., p. 255.

<sup>159</sup> *Ivi*, p. 256.

<sup>160</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 71.

alternative: perseguire l'ideale oppure contraddirlo. Ellen vuole essere magra, ma sente una *fame* inarrestabile, pensa continuamente al cibo, addirittura la perseguita il pensiero delle frittelle; la sua esistenza si consuma dunque tra l'essere magra e l'essere grassa e "la realizzazione della sua presenza non può trovare la pace in nessuna delle due alternative"<sup>161</sup>.

Le mille e una declinazioni possibili del progetto di mondo della giovane donna sono ricadute nella sola sfera della sua corporeità, riducendosi a questo imperante aut-aut: rincorrere il suo ideale diventando finalmente magra, oppure darsi per vinta, scadere nella nullità della sua grassezza. L'inarrestabile desiderio di mangiare, soprattutto pane e dolci, si affianca alla più antica angoscia di ingrassare subito dopo aver compiuto ventitré anni, in seguito a un crollo emotivo dovuto alla fine di una storia d'amore con un maestro di equitazione. Ellen ammette di sentire il desiderio di trangugiare dolciumi soprattutto quando stare insieme alle altre persone l'abbia innervosita o annoiata: in questo passaggio si trova un'ulteriore conferma dell'atteggiamento incoerente della giovane nei confronti dell'ambiente sociale che sente come opprimente, fatto di regole e convenzioni che la stringono come catene, "le catene del possesso e della comodità, le catene della riconoscenza e del riguardo e, più forti di tutte: le catene dell'amore. Sì, sono queste a reprimere in me, a trattenere in me il rinnovarsi di una vita fiera"<sup>162</sup>. Si ripete la stessa volontà di ribellarsi a ciò verso cui non si sente adeguata, verso quel suo "piccolo mondo"<sup>163</sup>, ma la ribellione che un tempo si esprimeva lavorando e facendo sport passa adesso per *il trangugiare cibo*.

Come per il suo ideale di magrezza, anche l'altra alternativa della sua esistenza si nutre di ansia e angoscia ingigantendosi fino ad occupare ogni attimo delle sue giornate: alla fame sfrenata, alla golosità si accompagna il continuo pensiero del mangiare; Ellen trova soddisfazione soltanto nelle pratiche che hanno la parvenza di mettere d'accordo il suo desiderio di mangiare con il restare sottile come compilare in modo maniacale tabelle caloriche, preparare ricette servendosi di alimenti ritenuti non ingrassanti e tenere sotto controllo il peso con gli stratagemmi malsani che ben conosciamo. Le uniche alternative che regolano la

---

<sup>161</sup> L. Binswanger, *Essere nel mondo*, op. cit., p. 257.

<sup>162</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit p. 63.

<sup>163</sup> *Ivi*, p. 118.

sua esistenza la stringono in una morsa sempre più ridotta, senza via d'uscita, proprio come nella sua metafora del palcoscenico: Ellen cerca di uscire di scena ma tutte le quinte sono bloccate da uomini armati che la costringono ad indietreggiare progressivamente.

La spaventosa dicotomia grassa/magra che ormai domina completamente la vita della giovane tocca un punto estremamente critico subito dopo il matrimonio, ossia quando inizia a prospettarsi concretamente la possibilità di realizzare il suo desiderio di maternità. In una poesia risalente a poco prima del matrimonio durante il periodo di incertezza tra il biondo studente e il cugino Karl, Ellen lamenta la sua sterilità, il suo non essere "che arida buccia, / una pellicola piena di crepe, inservibile, vile"<sup>164</sup> quando vorrebbe essere florida e feconda come "la terra che cela il grano"<sup>165</sup>. Questo riconoscimento e il desiderio di maternità aprono per un momento la strada della salvezza esistenziale, si tratta dell'ultimo tentativo di Ellen di armonizzare il suo progetto di mondo nell'essere-con-gli-altri: vuole avere dei figli e sa che per farlo deve mettere da parte il suo malsano ideale, deve avere un'alimentazione regolare. Quando si sposa pesa settantadue chili e mezzo, infatti riesce a restare incinta senza neppure saperlo. Presa dall'angoscia di essere ingrassata, ricomincia le camminate estenuanti e le grandi quantità di purganti che le provocano un aborto spontaneo. Il ginecologo che la assiste ribadisce ciò che Ellen già conosce: "una buona nutrizione è il presupposto della possibilità di una nuova gravidanza"<sup>166</sup>, dunque il rigido aut-aut in cui la sua esistenza è imprigionata non ammette che possa conciliare l'essere magra con l'avere un bambino. Il desiderio di maternità viene schiacciato dall'angoscia di ingrassare, Ellen non avrà mai un figlio e, anzi, le mestruazioni si arrestano completamente poco dopo l'aborto spontaneo dal momento che in poco tempo arriva a pesare quarantacinque chili.

La metafora dell'omicida dipinge perfettamente l'essere tra due fuochi della presenza schizofrenica: il pensiero del mangiare non abbandona mai Ellen, "eppure nutrirsi è quel *crimine* spaventoso nei confronti del suo ideale di magrezza.

---

<sup>164</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 68.

<sup>165</sup> *Ibidem*.

<sup>166</sup> *Ivi*, p. 69.

Così deve sentirsi l'assassino che ha continuamente davanti agli occhi - gli occhi dello spirito - l'immagine dell'assassinato. Può lavorare da mane a sera, sgobbare anzi, può uscire, può parlare, può tentare di distogliersene: invano. Senza posa avrà davanti a sé l'immagine dell'assassinato. Essa lo attira irresistibilmente al luogo del delitto. Egli sa che facendo ciò si rende sospetto; ancor peggio: di quel luogo egli prova *orrore*, tuttavia deve andarci. Qualcosa di più forte della sua ragione e della sua volontà lo domina e devasta e strazia la sua vita. Ma può trovare la liberazione. Va alla polizia e s denunzia. Nella pena espia il suo delitto. Io non posso trovare liberazione - se non nella morte.<sup>167</sup>

Ellen sa che non può scappare dal suo eterno conflitto tra l'essere magra e il non privarsi di niente nel mangiare, dalla lotta tra il suo corpo grasso e robusto per natura e il suo desiderio di essere tenera ed etero; non vi è via d'uscita se non la morte proprio perché il modo di essere-nel-mondo di questa presenza si è così canonizzato, consegnandosi all'incoerenza e all'inautenticità del suo rapporto con la coesistenza, soprattutto con il proprio corpo<sup>168</sup>.

La dicotomia grassa/magra è al centro del secondo tentativo psicoanalitico a cui la donna si sottopone verso la fine della sua vita; per quanto una sezione di questo capitolo sia dedicata al rapporto tra psicoanalisi e antropoanalisi, si ritiene qui opportuno accennarvi brevemente per completare il quadro del diramarsi dell'esperienza schizofrenica in due alternative.

Alla psicoanalisi va il merito di aver chiarito come essere-grassa e essere-magra non siano le alternative che distruggono la vita della giovane donna, si tratta di due categorie che rimandano ad altri significati, rispettivamente tipo ebraico-borghese e tipo superiore-spirituale. Ciò che accade al corpo *significa* qualcos'altro, lo scontro tra due mondi differenti. L'antropoanalisi segue soltanto con la prima constatazione, ma rifiuta completamente la seconda: è d'accordo sul fatto che l'aut-aut, il problema della vita di Ellen non si limiti all'alternativa grassa/magra, che la condizione della corporeità non sia ciò che *causa* l'annichilimento progressivo dell'esistenza di questa presenza; ma l'antropoanalisi non accetta le equazioni del secondo psicoanalista, non concorda affatto sull'esistenza di tali rimandi di significato. Lo psicoanalista ha spostato la causa del doloroso conflitto dal corpo grasso-magro ai tipi ideali che Ellen ha

---

<sup>167</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 79.

<sup>168</sup> Al delicato tema della morte di Ellen ho deciso di dedicare un paragrafo a sé stante, vista la portata di un problema sul quale Binswanger ha scritto moltissimo, suscitando molte critiche e che noi non ci sentiamo certamente in grado di concludere. Cfr. *infra* pp. 100 ss.

riconosciuto - borghese-ebraico spirituale-superiore - non riconoscendo che anche nel loro caso si tratta degli *effetti* dello smarrirsi della presenza in due alternative esistenziali: la vita e la morte. L'antropoanalisi indaga quali siano i termini del compito distorto e "del tutto inefficace che questa presenza assegna alla corporeità: il compito di vincere sul piano puramente corporeo l'originaria scissione dell'esperienza nelle alternative tra la vita e la morte"<sup>169</sup>, cioè tra l'ideale di esser magra e il suo esser grassa, tra la natura-destino che l'ha voluta grassa e il suo autodeterminarsi essendo magra.

#### §4. *La copertura e la consunzione*

Il terzo concetto costitutivo dell'esperienza schizofrenica che Binswanger presenta può considerarsi come un'appendice della divisione in due alternative; si tratta dell'*occultamento* messo in atto dalla presenza dell'alternativa repressa e intollerabile rispetto all'ideale fissato.

La storia di Ellen è costellata proprio da questi tentativi di copertura; una volta esplosa l'incontrollabile fame che non le consente più di mettere in atto i lunghi digiuni dell'adolescenza, la donna escogita una serie di pratiche che le consentono di mangiare senza aumentare di un solo etto: arriva ad assumere tra le sessanta e le settanta compresse di un forte lassativo al giorno, compie estenuanti passeggiate e si abbuffa con avidità e furia di tutti quei cibi ritenuti non ingrassati come muscoli e naselli.

"Ho bisogno di non pensare a quello che faccio mentre mangio, ogni pasto è per me una *farsa interiore*"<sup>170</sup>: queste parole mostrano il senso dell'urgenza di coprire il fatto che mangi. Nell'istante in cui si nutre la donna tradisce il suo ideale, mangiando rallenta la sua corsa alla magrezza eppure, non può sottrarsi alla fame l'assale come una fiera brutale e la costringe a gettarsi selvaggiamente sul cibo. Sono queste le ragioni che portano Ellen a mangiare preferibilmente da sola, provando questa doppia vergogna - verso se stessa poiché cibandosi si avvicina alla grassezza e verso gli altri che la vedono abbuffarsi - in occasione di ogni pasto.

---

<sup>169</sup> L. Binswanger, *Essere nel mondo*, op. cit., p. 258.

<sup>170</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 86.



L'ultimo concetto cardine che Binswanger individua nell'esperienza schizofrenica ha uno sviluppo ulteriormente tragico negli altri casi della raccolta *Schizophrenie* che nella vicenda clinica di Ellen West: la *consunzione* della presenza, "*non -riuscire-più-né-a-entrare-né-a-uscire*"<sup>171</sup> dalla condizione in cui le alternative inautentiche che si è creata l'hanno rinchiusa. Il caso Ellen West non presenta un ulteriore sviluppo di questo consumare la vita poiché la soluzione finale di questa paziente è la soluzione più estrema e cioè ritirarsi da quella vita, abbandonare la lotta suicidandosi.

Ellen ha preso la decisione di mettere fine alla sua sofferenza "annullando tutto il suo essere coinvolta"<sup>172</sup>, è una decisione che, come vedremo, Binswanger considera come *la più libera* che quella presenza potesse prendere. Al contrario, per Ilse, Lola Voss e Suzanne Urban<sup>173</sup> invece la consunzione dell'esistenza si spinge fino alla negazione di ogni libertà individuale. Sono tutti e tre casi in cui lo schiacciarsi della presenza tra le due alternative inautentiche ha portato a episodi di *delirio* che si sono o cronicizzati - Lola Voss e Suzanne Urban - oppure sono stati guariti, come nel caso di Ilse che è già stato richiamato.

Durante il delirio, la presenza non è più padrona di se stessa in un modo che va oltre lo spadroneggiare dell'ideale fissato nel caso di Ellen: la consunzione avviene non rispetto alla vita bensì al proprio Sé autonomo; queste presenze si consegnano a forze estranee che vivono al loro posto, decidono le loro azioni come se fossero giocattoli. Ogni libertà è loro negata. Al contrario, Ellen West è certamente prigioniera del suo mondo doloroso, ma è contro se stessa che combatte e soltanto "se stessa" può liberarla.

##### §5. *Sulla terra, nella terra e in volo: elementi di "geografia antropologica"*

Gli aspetti costitutivi dell'esperienza schizofrenica proposti da Binswanger hanno consentito di dare alla storia di Ellen West quell'ordine che qualunque approccio sistematico necessita affinché ci si orienti nell'enorme arsenale di dati

---

<sup>171</sup> L. Binswanger, *Essere nel mondo*, op. cit., p. 261.

<sup>172</sup> *Ibidem*.

<sup>173</sup> Per approfondire questi due casi nello specifico si veda L. Binswanger, *Tre forme di esistenza mancata. Esaltazione fissata, stramberia, manierismo*, a cura di E. Filippini, Milano, Il Saggiatore, 1964.

storici, autobiografici, psicologici e psicopatologici del caso che si ha di fronte. Esplicando questo aspetti grazie ai contenuti particolari della storia della vita e della malattia di Ellen West si è potuto ricostruire la progressiva flessione della vita autentica verso l'inautenticità e l'incoerenza esistenziali, come dunque il mondo esterno da universo pluridimensionale è diventato un piatto macigno doloroso sotto il cui peso la presenza va rimpicciolendosi. "In luogo di padroneggiare la situazione, cioè abbracciarla in tutte le sue relazioni di senso e di risolversi di conseguenza, la situazione si fa schiacciate"<sup>174</sup> e costringe Ellen a costruire la sua vita in vista del rigido ideale che si è data. Ellen non lascia essere se stessi né il suo corpo, né la sua vita, né il mondo sociale, si è visto come la sua esistenza si riassume nel rovinoso soggiogamento di queste istanze, nella violenza e nel loro annientamento.

Questo processo doloroso che è stato ricostruito a partire dalle generali declinazioni riscontrate nelle esperienze schizofreniche rende visibili anche le strutture antropoanalitiche che soggiacciono alle modalità di essere-nel-mondo della presenza di Ellen West. Queste strutture sono le dimensioni dell'esistenza della presenza, i *mondi* nei quali quella figura antropologica a cui Binswanger ha dato il nome di Ellen West vive. "*L'intera immagine del mondo si è smarrita nella mia testa*"<sup>175</sup> dichiara la paziente, e proprio a partire dal concetto di mondo e dalla sua perdita si apre l'antropoanalisi.

Come si è visto nel capitolo precedente, il concetto antropoanalitico di mondo non si esaurisce alla sola interiorità della presenza, come invece fa l'inconscio freudiano, e neppure lo spazio oggettivo in cui il soggetto è inserito, l'ambiente in senso scientifico; il termine mondo indica quello spazio relazionale *tra* la presenza e il mondo circostante, tra la presenza e il mondo della coesistenza e tra la presenza e il mondo proprio<sup>176</sup>. Per Binswanger l'antropoanalisi, "lungi dall'essere una ricerca condotta «nell'interiorità», è un sentiero «civile», che si snoda «fuori», sul terreno e sulle strade del mondo"<sup>177</sup> in quanto questo terreno e

---

<sup>174</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 99.

<sup>175</sup> *Ivi*, p.83.

<sup>176</sup> Cfr. *supra* pp. 53 ss.

<sup>177</sup> B. M. D'Ippolito, *Dimensioni dell'esistenza secondo L. Binswanger*, in "*Comprendre. Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques*", n. 16-17-18, p. 224.

queste strade non sono altro che i termini in cui la presenza del paziente si articola - il "chi è", il "come è" ed il "modo in cui è" -.

L'unica via di accesso ai mondi che la giovane paziente abita è instaurare un rapporto con lei grazie ad una conversazione ben lontana dell'interrogatorio psichiatrico sui sintomi effettuato nelle cliniche ogni mattina; una conversazione in cui il medico ascolta le sue parole lasciandosi guidare dalle proprie suggestioni in modo lasciarsi trasportare all'interno di quel mondo così diverso dal suo.

Ellen racconta il suo mondo, il suo *tra*, anche e soprattutto scrivendo; la lettura fenomenologica delle sue produzioni letterarie non considera soltanto il contenuto e il "tra le righe", bensì presta particolare attenzione al mondo in cui l'autrice ha deciso di raccontarsi, alle immagini e alle forme che ha scelto per rappresentare i suoi mondi. Quest'analisi eidetica di poesie, lettere, pagine autobiografiche e descrizioni verbali rende l'antropoanalisi un tentativo di indagine davvero fuori dal comune poiché racchiude in sé un criterio sistematico di studio e una ricerca creativa.

Gli scenari che Ellen presenta fin dalle prime poesie descrivono una tripartizione dell'universo di questa presenza, divisione che riprende alcuni degli elementi cosmologici della tradizione presocratica: *il mondo sulla terra, il mondo dell'aria e il mondo nella e sotto la terra*.

La frattura tra il mondo proprio di Ellen e il mondo esterno - ambiente e mondo della coesistenza - è stata individuata da Binswanger come risalente ai primi anni della sua vita nella resistenza al latte e ai dolci e nella caparbia e violenza nei confronti degli altri. Il percepire l'ambiente come una minaccia fa sì che Ellen si ritragga sempre più nel suo mondo proprio, si chiuda alle infinite possibilità del mondo esterno per rivolgersi agli spazi privati dell'interiorità, quell'universo infinito in cui Ellen può sognare e desiderare, in cui può *volare* libera verso la realizzazione dei suoi "supremi ideali"<sup>178</sup>, può allentare la morsa ostinata con cui stringe gli enti esterni che vorrebbe diversi e rifugiarsi nel suo mondo aereo e leggero.

Sebbene il desiderio di libertà, di volar via venga più volte esplicitato, fin dall'adolescenza nasce in Ellen la ferrea volontà di riuscire a costruirsi il suo

---

<sup>178</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 104.

piccolo spazio nel mondo in comune con gli altri attraverso il lavoro, attività pratica che per Ellen può declinarsi solo in vista di un impegno concreto per diminuire l'ingiustizia sociale, cancro della comunità. L'intensa attività di volontariato in cui la giovane si impegna per gran parte della sua vita è l'espressione diretta di questo tentativo di riappacificazione: Ellen vede nel lavoro l'apertura di quel mondo da cui si è allontanata, chiamato da Binswanger *mondo della prassi*, dell'agire quotidiano e delle professioni. "Quando di una persona diciamo che *tiene i piedi sulla terra*, intendiamo alludere al suo *stare in questo mondo*. La prassi è ciò che pone la presenza *sulla terra*, che le insegna a *stare* e a *camminare* su di essa"<sup>179</sup> e che le consente di dirigersi a passo sicuro verso la realizzazione dei suoi progetti. L'uomo con i piedi per terra sa chi è, dove si trova e dove sta andando, in una parola egli *procede*, cammina sicuro da un luogo all'altro con la consapevolezza di se stesso e di ciò che lo circonda.

A causa dell'immenso spazio che il mondo aereo sta conquistando, con i suoi pindarici voli desideranti, non si può dire che la presenza di Ellen abbia i "piedi per terra"; la giovane infatti non ha piena consapevolezza del suo stare, del suo andare e neppure del suo essere se stessa in quanto il suo essere si è costituito nell'incoerenza dell'opposizione - "questo nido non è un nido" - piuttosto che nell'autenticità dell'affermarsi, del lasciarsi essere ciò che realmente è.

In questo passaggio si trova il nodo fondamentale che consente di completare il quadro della storia di questa presenza chiarendo *perché*, questione lasciata finora volutamente irrisolta, la presenza di Ellen ha subito un crollo progressivo verso l'inautenticità. Rispetto al sereno procedere degli altri sulla terra, nel mondo della prassi, la giovane arranca, si muove a fatica: "lo stare-sulla-terra le è permanentemente contestato e inibito da un *essere-sospesa* e un *volare nell'aria* e da un *essere-rinchiusa nella terra e sotto la terra*"<sup>180</sup>. Ellen non riesce a procedere con gli altri poiché vive una continua lotta su due fronti tra il *mondo aereo* dei suoi sogni e dei suoi ideali, luminoso, infinito e perfetto, e il *mondo della brama*, l'universo deprimente, pesante del suo essere incarcerata nella sua vita, nella sua famiglia, nella società e perfino nel suo corpo senza possibilità di scelta e cambiamento.

---

<sup>179</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 103.

<sup>180</sup> *Ivi*, p. 104.

Volendo scrivere la "geografia antropologica" di questa presenza, si direbbe che il mondo aereo e il mondo della brama sono due regioni del mondo proprio, rispettivamente la regione *celeste* e la regione *sotterranea*; il mondo della prassi ha un aspetto duplice: per se stesso è il luogo in comune, lo spazio dedicato all'incontro e alle relazioni tra l'Io e i Tu della sua vita, il mondo in cui si susseguono gli avvenimenti, mentre per Ellen questo luogo, pur presentando le caratteristiche ricordate, corrisponde allo spazio *tra* la regione celeste dei desideri e la regione sotterranea dei bisogni naturali. La facilità o la difficoltà con cui Ellen riesce a destreggiarsi sulla terra nel quotidiano e con le altre persone dipende dalle continue contrattazioni tra i due settori del suo mondo interiore, dallo spazio che resta alla presenza reduce di questa lotta intestina. Dai primi scritti si evince come il mondo di Ellen sia animato da questo contrasto: accanto all'ottimismo conoscitivo, alla calda luce del sole che le scalda il cuore di gioia, al librarsi nel mondo aereo "in un indomabile impeto di libertà"<sup>181</sup> si profilano invece il freddo e l'oscurità della *tomba* "dove non splende il violento sole della vita"<sup>182</sup> ma regnano soltanto il gelo. Si noti come i primi termini di questo contrasto sono essenzialmente cosmologici, atmosferici e paesaggistici: il cielo si oscura, il vento gelido scuote le cime degli alberi in una foresta minacciosa, il sole precipita negli abissi tetri e il cuore viene avvolto dall' "umida nebbia della sera"<sup>183</sup>.

Come si è già sottolineato, l'impegno di Ellen nel lavoro non corrisponde soltanto allo spontaneo amore per il prossimo, ma dall' "ambizione indomabile"<sup>184</sup> e dalla volontà di essere ricordata dai posteri per le sue imprese. Ellen ha paura di essere dimenticata una volta che la sua vita sarà finita, una volta calato il sipario sulla sua esistenza, esistenza che la giovane considera come una debole fiammella che può spegnersi da un momento all'altro. Binswanger approfondisce: "la presenza [...] viene reificata come qualcosa che è presente in un determinato momento del tempo, come qualcosa che un giorno non ci sarà più", Ellen teme di smettere di esistere improvvisamente, per questo ha sentito un senso di vuoto e oppressione fin da piccolissima. Antropoanaliticamente, dunque, la paura di

---

<sup>181</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 57.

<sup>182</sup> *Ivi*, p. 59.

<sup>183</sup> *Ivi*, p. 105.

<sup>184</sup> *Ivi*, p. 63.

essere dimenticata è diretta conseguenza di questa alterazione dell'auto-percezione di se stessa come isolata, vuota e debole. Riconciliarsi con il mondo della prassi procedendo a passo sicuro *sulla terra* è il tentativo di scacciare l'ombra di morte che Ellen sente scendere minacciosa sulla sua vita.

Il grande interrogativo che si apre a Binswanger di fronte alla piega malsana che l'esistenza della paziente ha poi preso nei riguardi del suo corpo dall'iniziale contrasto tra i suoi mondi interiori è che cosa rappresenti la tanto temuta morte per Ellen West.

A diciotto anni, un nuovo desiderio si fa strada nella sua vita, conquistando progressivamente il mondo aereo, il desiderio di essere *tenera e eterea* come le amiche di cui si sta circondando. Per sottolineare l'importanza di questo avvenimento Binswanger attua un cambio terminologico da mondo aereo a *mondo etereo*, espressione della stessa Ellen che mostra come tale desiderio diventi in poco tempo il tiranno della sua mente. Il controllo sugli altri e sulla società non bastano più, è sul proprio corpo che questo nuovo ideale si rivolge, è dunque sul suo corpo che Ellen si scaglia con violenza e ostinazione; quel corpo che appartiene proprio al nemico, al mondo della tomba in quanto determinato rigidamente dai suoi bisogni.

In modo sempre più violento si stagliano, respingendosi, un mondo su cui si irradia la luce del sole, bello del verdeggiare e del fiorire della primavera, del mormorare delle selve e in cui il cielo sorride azzurro sulla libera, ampia campagna; il mondo dunque che si *estende* all'infinito, il mondo *animato*, bagnato di *luce, caldo e colorato*, in una parola il mondo *etereo*, e il mondo *angusto, immoto, intanfito e oscuro, freddo, incolore sotto* la terra, il mondo della tomba.<sup>185</sup>

L'unica via d'uscita che si profila ad Ellen in questo campo di battaglia sono il bacio mortale del "freddo dio del mare" della poesia "Baciarmi quando sarò morta"<sup>186</sup> e la preghiera di salvezza di un'altro poema "Se ancor regni dietro le nubi, o Padre, io ti supplico, riprendimi con te!"<sup>187</sup> e salvami dalla caduta nel mondo sotterraneo della brama.

La morte che Ellen desidera, conclude Binswanger, non rappresenta il decomporsi e l'imputridirsi del corpo, ciò che la donna attribuisce allo spaventoso

---

<sup>185</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 107.

<sup>186</sup> *Ivi*, p. 58.

<sup>187</sup> *Ivi*, p. 59.

mondo della tomba in cui si sente sprofondare, ma al contrario, rappresenta il trascendere della sua presenza dall'essere-deietta, *gettata* nel mondo. Come si è visto nel precedente capitolo, l'esser-gettato è la condizione elementare della presenza, ciò che accomuna l'uomo e l'animale ossia esistere senza aver posto da soli il proprio fondamento, non aver scelto ma essere *quel corpo e quella persona in quel luogo*, sopravviverci; la peculiarità della presenza umana, l'essenza stessa dell'Essere-uomo, sta nel *trascendere* la sua condizione animale, creare progetti, sogni e realizzarli nel mondo della coesistenza<sup>188</sup>. Il nodo problematico della presenza di Ellen West è che questo trascendere non sembra possibile nel mondo della prassi, nel mondo del consorzio umano e nella luce dell'essere-insieme-nell'amore: nelle poesie sopra ricordate, per salvarsi dalla deiezione nel mondo della tomba la donna si auspica il ritorno al nulla della morte. Da questo ossimoro proviene il cruccio della sua vita: il mondo della prassi non è un'alternativa percorribile, "quanto più radioso e animato si fa il mondo etereo, tanto più invece si consolida il mondo nella e sotto la terra [...] di fronte a queste possibilità di salvezza agognante nell'*acqua* e nel *cielo*, sempre più viene meno la salvezza sulla *terra*"<sup>189</sup>.

Il desiderio di essere magra e l'angoscia di ingrassare nei quali ben presto si concretizza l'ideale del mondo aereo spostano il conflitto tra i due mondi dal macrocosmo della cosmologia al microcosmo psichico-corporale. Il forte senso di oppressione e la percezione di un terribile vuoto che Ellen prova fin da piccola si trasformano nell'angoscia di ingrassare che altro non è se non angoscia del suo essere-nel-mondo, del suo trovarsi in balia di un "fuori" sinistro e minaccioso. Rifiutando di ingrassare, Ellen respinge con tutte le sue forze il mondo della tomba, il deperimento e l'invecchiamento del suo corpo che sente pesante, grossolano, *grasso*; del resto, fin dall'età arcaica, al corpo sono stati dati significati di illibertà e costrizione in opposizione alla libertà alata dell'anima: si pensi alla

---

<sup>188</sup> Cfr. *supra* p. 54 nota 105.

<sup>189</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 108.

lunga tradizione orfico-pitagorica tramandata anche da Platone<sup>190</sup> che vede nel corpo - *soma* - la prigione - *sema* - dell'anima<sup>191</sup>.

La fonte del dolore della giovane paziente è l'inscindibile unità tra il suo sé e il suo corpo, unità che si evince in tutte le sue produzioni letterarie - le immagini del regno naturale si applicano anche al corpo - e nell'estensione del conflitto cosmologico mondo della tomba-mondo etereo alla sfera corporale: "il mio io interiore è così strettamente legato al mio corpo che entrambi formano un'unità e insieme costituiscono il mio io, il mio illogico, nervoso, individualistico io"<sup>192</sup>. Di quel corpo che la disgusta e la spaventa ricordandole ogni giorno d'invecchiare e d'imbruttire, quel corpo che arriva a percuotere con i pugni chiusi davanti allo specchio, Ellen non può liberarsi, esso segue tutti i moti del suo animo e tutte le sue passioni, ne sono prova il tormento che la assale nello stare ferma, la smodata attività fisica e il gironolare perfino intorno alle amiche durante una piccola sosta dal passeggiare.

Gli ultimi tentativi concreti di conciliare i mondi in cui la sua esistenza di dimena sono il fidanzamento con lo studente, il matrimonio con il cugino Karl e il desiderio di avere un figlio. Innamorarsi di un uomo, una persona viva, reale e cioè appartenente al mondo della prassi significa rinunciare all'amore del dio del mare, che esiste soltanto nel mondo dei sogni, e rivolgersi ad un Tu autentico; significa imparare, insieme, a procedere sulla terra verso la luce dell'amore. Come Ellen confida in seguito al marito, il biondo studente rappresentava per lei quell'ideale supremo che cerca disperatamente di raggiungere mentre Karl è la

---

<sup>190</sup> Cfr. Platone, *Cratilo*, 400c.

<sup>191</sup> Sempre di derivazione pitagorica è anche il tema principe del *Fedone*, difatti tra i personaggi del dialogo vi sono Simmia e Cebete, noti discepoli di Filolao pitagorico. Nel corso di tutto il dialogo Socrate cerca di persuadere i suoi amici del fatto che la sua anima separandosi dal corpo (dopo la morte) si salverà in vista della sua natura divina: del divino presenta le caratteristiche di indistruttibilità e perfezione. Dopo la separazione dal "carcere del corpo" l'anima, ora sola con se stessa, può raggiungere la condizione divina poiché non è più soggetta alla perturbazione dei bisogni corporei. "Fino a quando abbiamo il corpo e la nostra anima è mescolata e confusa con un male di tal natura, noi non saremo mai capaci di conquistare compiutamente quello che desideriamo e che diciamo essere la verità. Infinite sono le inquietudini che il corpo ci procura per le necessità del nutrimento; e poi ci sono le malattie che, se ci capitano addosso, ci impediscono la ricerca della verità; e poi esso ci riempie di amori e passioni e paure e immaginazioni di ogni genere, e insomma di tante vacuità e frivolezze che veramente, finché siamo sotto il suo dominio, neppure ci riesce, come si dice, fermare la mente su cosa veruna." Platone, *Fedone*, 66 b4-c5.

<sup>192</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 62.



persona con i piedi ben saldi a terra, un professionista che ha grandi responsabilità e che la donna sceglie come futuro padre dei suoi figli.

Allora eri tu (il marito) la vita che ero pronta ad accogliere, e per questo ero pronta a rinunciare al mio ideale (lo studente). Ma quella era una risoluzione artificiosa, imposta, non una risoluzione maturata dall'interno. [...] Per questo ricominciasti ad inviargli dei pacchetti e ad essere piena di resistenze contro di te. E soltanto molto più tardi [...] riconobbi: mi sono sbagliata, questo ideale è una finzione, soltanto allora potei dirti tranquillamente di sì. [...] Il mio dir di sì non era ancora la cosa più giusta. Io ti ho scelto - ma poi non mi è riuscito di diventare realmente donna per te.<sup>193</sup>

Con queste parole Ellen si autoaccusa aprendosi con il marito, presenza assolutamente positiva per la giovane, come Binswanger non manca di ricordare in diversi passaggi. Si accusa di non essere riuscita a mettere da parte il suo ideale neppure per realizzare il suo forte desiderio di maternità, nonostante questa speranza disattesa l'abbia resa ancor più infelice, facendola sentire prima un *verme che striscia*, poi un "*guscio crepato, inservibile, senza valore*"<sup>194</sup>.

Le immagini del mondo della tomba perdono dunque anche i riferimenti, per quanto miserabili, agli esseri viventi diventando sempre meno umani, sempre meno vivi: il mondo sotterraneo assume i colori della palude e le dimensioni di un *buco*. A queste nuove rappresentazioni corrisponde la biforcazione obbligata dell'esperienza di Ellen, da un lato l'ideale di magrezza, dall'altro un enorme senso di fame e la coazione al pensare continuamente al mangiare. Il mondo della palude rappresenta un'evoluzione ancor più tirannica del mondo della tomba: il desiderio di mangiare, l'avidità incontenibile soprattutto di cibi dolci sono sue dirette emanazioni il cui effetto è abbrutire la presenza, trasformarla in una bestia - Ellen si getta sul cibo come un animale selvatico - e costringendola a pensare costantemente al mangiare.

Dal punto di vista psichiatrico abbiamo qui la comparsa di un nuovo *sintomo*, la coazione a pensare al mangiare, mentre dal punto di vista antropoanalitico "non abbiamo motivo alcuno per parlare di novità"<sup>195</sup> spiega Binswanger, si tratta piuttosto del procedere di questa esistenza verso la fine: il mondo della palude si è completamente impossessato del corpo e il mondo etereo è in procinto di

---

<sup>193</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 72.

<sup>194</sup> *Ivi*, p. 68.

<sup>195</sup> *Ivi*, p. 121.

capitolare sotto un incremento sostanziale dell'angoscia, difatti subito dopo la comparsa della brama di cibo Ellen compie i primi tentativi di suicidio. Allo stesso modo, per l'antropologo non è una sorpresa il fatto che la sensazione di vuoto assalga la donna specialmente dopo aver mangiato poiché nutrirsi significa essere sconfitta, come ella stessa dichiara: "soccombo nella lotta contro la mia natura. La sorte mi ha voluto grassa e robusta, io voglio invece essere sottile e delicata"<sup>196</sup>.

Nella notte tra il 18 e il 19 novembre dell'anno del suo ingresso in clinica, una nuova, ultima speranza sboccia in Ellen, che proprio durante quelle ore notturne scrive molte poesie di speranza: "avverto una dolcezza nel petto, qualcosa che vuol crescere e svolgersi. Mi batte il cuore. Torna l'amore nella mia vita? [...] O cara vita, io voglio divertar matura, degna di te"<sup>197</sup>. La giovane ora comprende che dire di sì alla vita e amare deve lasciar essere il suo copro come esso è ossia alimentarsi normalmente e consentirgli di ingrassare. Sul finire della sua vita la presenza di Ellen non è affatto conquistata dal delirio o dall'inconsapevolezza, Binswanger trova nella sua paziente un progressivo aumento di perspicuità e lucidità:

Pur nella sua crescente 'prigionia', Ellen riesce sempre più a innalzarsi al di sopra di se stessa e a penetrare realmente tanto le condizioni antropologiche alle quali si dà per lei l'amore e l'esistenza, [...] ma contro questa penetrazione "qualcosa si ribella in lei", ed è, com'è chiaro, l'ideale etereo.<sup>198</sup>

Ellen finisce per capitolare nella lotta tra il mondo etereo e il mondo sotto e nella terra, della palude e della tomba; l'aut-aut cui la presenza è sottoposta si risolve nella risoluzione senza possibilità di ritorno, nel porre fine al dolore della sua esistenza uscendone una volta per tutte

---

<sup>196</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 91.

<sup>197</sup> *Ivi*, p. 79.

<sup>198</sup> *Ivi*, p. 125.

## §6. *Il tempo e lo spazio*

"Che la temporalità sia l'orizzonte fondamentale di ogni esplicitarsi esistenziale può esser dimostrato anche nel nostro caso"<sup>199</sup>, la scelta di procedere cercando di comprendere in primo luogo il mondo complessivo della presenza di Ellen West in ogni suo aspetto è dettata da una maggior facilità esplicativa e didattica: presentare in primo luogo il soggetto e la scena in cui il fenomeno del tempo agisce. Si è scelto di seguire Binswanger in questa bipartizione; è del resto necessaria una premessa teorica: in antropoanalisi il fenomeno della mondanità e il fenomeno della temporalità non si danno mai separati, l'unico problema dell'essere-nel-mondo ha, come il dio Giano, due volti indivisibili: i mondi che Ellen "abita" significano non soltanto le loro caratteristiche, ma anche *come* la presenza è in questi mondi, il suo porsi nei loro confronti e il suo modo di viverli; questo *come* si esplicita nella temporalità.

Prima di addentrarsi nella ricostruzione antropologica della temporalità del mondo etereo, del mondo della tomba, del mondo della prassi, in un'espressione sola della temporalità dell'esperienza della presenza di Ellen, è imprescindibile entrare nel merito alla questione del tempo in antropoanalisi. Parlando di temporalità, tempo, temporalizzazione, sorgono spontanee alcune questioni, prime tra tutte *perché il tempo e che cosa intenda Binswanger per tempo*. "Quando parliamo di temporalità, *non* intendiamo l'esperienza vissuta del tempo, la coscienza o la considerazione del tempo"<sup>200</sup> afferma Binswanger, riferendosi al contrario al concetto di *temps vécu* di Eugène Minkowski, un altro grande medico che, alla luce della filosofia di Bergson, promuove l'indirizzo fenomenologico in psichiatria.

La sua opera, in particolare la concezione di schizofrenia e il concetto di tempo vissuto, è, come l'antropoanalisi binswangeriana, un altro imprescindibile tassello di quell'alternativa al riduzionismo psichiatrico e medico che viene costruendosi nei primi del Novecento grazie a molti grandi nomi, tra cui spiccano i nostri autori, e che ancora oggi è del tutto lontana dall'apparire datata, in quanto la riflessione teorica e la pratica terapeutica sulla "follia" sono ancora divise tra un

---

<sup>199</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 138.

<sup>200</sup> *Ivi*, p. 139.

approccio che, rifiutando ogni riduzionismo, rischiarà i risultati della scienza con la luce di una riflessione complessa e multidisciplinare, facendo tesoro dell'esperienza fenomenologica; e un approccio scienziato rigido e chiuso in se stesso, ancora cartesiano, ancora dualista e riduzionista.

a) *Eugène Minkowski e la schizofrenia*

Il primo passo compiuto da Minkowski verso la comprensione della follia è lo studio della schizofrenia, termine coniato dal suo maestro Bleuler. Come vedremo nella sezione dedicata alle considerazioni psicopatologiche del caso Ellen West, la schizofrenia è la malattia psichiatrica più discussa e studiata dei decenni a cavallo tra Ottocento e Novecento in quanto solleva non pochi problemi diagnostici: da un lato, poiché presenta una polimorfia di sintomi, alcuni in comune o parzialmente affini ad altre patologie, essa sfugge ad una classificazione certa; dall'altro lato poiché si tratta di una forma clinica di cui sembra impossibile individuare le cause e le alterazioni somatiche, caratteristica che, data l'impostazione fortemente della psicopatologia del tempo, fece della schizofrenia il fondo su cui si arenarono molti tentativi di comprensione. Nella quarta edizione del suo *Trattato* (1893) Kraepelin introduce la demenza precoce, nuova unità morbosa che, insieme alla psicosi maniaco-depressiva, sintomatologicamente molto simile, costituisce una forma clinica studiabile soltanto in base a criteri puramente clinici ossia il decorso temporale e l'esito, sicuramente di incurabilità; è proprio a questa unità morbosa che Bleuler dà il nome di schizofrenia. Per quanto si tratti in sostanza di un cambio terminologico, la nuova denominazione non è soltanto una nuova etichettatura, bensì un passo decisivo nell'interpretazione dell'insidiosa malattia, ne consente infatti la distinzione definitiva dalla psicosi maniaco-depressiva e prospetta una prognosi diversa dall'incurabilità kraepeliniana: al fine di determinare la schizofrenia è fondamentale indagare "l'atteggiamento del malato nei confronti dell'ambiente"<sup>201</sup>.

---

<sup>201</sup> E. Minkowski, *La schizofrenia*, a cura di S. Mistura, Verona, Bertani Editore, 1980, p. 64.

Nel suo *Trattato di psichiatria* (1916), parlando della condizione autistica, Bleuler afferma che “gli schizofrenici perdono il contatto con la realtà”<sup>202</sup> pur essendo malati ancora pienamente in possesso di facoltà psichiche sane, lo psichiatra prosegue offrendo una fotografia delle varie circostanze in cui si può parlare di schizofrenia, presenta le circostanze in cui questa può presentarsi in pagine descrittive molto precise che tuttavia non donano alcuna informazione sulla genesi del fenomeno. Lo studio minkowskiano della schizofrenia e in particolare del suo sfociare nella condizione autistica muove proprio dalla constatazione dei vuoti del suo maestro: Bleuler si è fermato alla pura osservazione del presente e degli atti dell’esperienza schizofrenica senza tentare una comprensione reale della persona del paziente. Egli ha il merito di aver sottratto la schizofrenia al regno della demenza kraepeliniana, dunque alla prognosi d’incurabilità e al mancato interesse per la relazione tra il malato e l’ambiente; purtroppo Bleuler si è fermato di fronte al muro delle difficoltà della comunicazione con questi pazienti, arrestando qualsiasi ricerca sulla persona e rivolgendosi esclusivamente ai sintomi. L’urgenza di Minkowski è tentare di superare questo muro nella convinzione che, al di là delle indiscusse difficoltà comunicative con il paziente, esista una via di accesso all’esperienza dello spazio, del mondo, del tempo e del Tu di questa persona umana, soggetto unico e irripetibile come ogni altro, nonostante sia tenuto sotto scacco dalla sofferenza. Nell’opera magistrale *La schizofrenia* (1927), trattato che mostra l’avvenuto incontro tra l’insegnamento medico di Bleuler e la filosofia bergsoniana<sup>203</sup>, Minkowski ripercorre la storia di questa forma morbosa per poi esplicitare la sua concezione in proposito alla luce della fenomenologia.

Sulle orme dello psichiatra svizzero, Minkowski riconduce la schizofrenia ad un problema di armonia del soggetto rispetto al mondo esterno, sempre inteso sia come ambiente fisico che come mondo in comune, mondo della coesistenza. Pur presentando gravi problemi di adattabilità all’ambiente, gli affetti da follia maniaco-depressiva “non perdono la facoltà di vibrare all’unisono con l’ambiente.

---

<sup>202</sup> E. Bleuler, *Trattato di psichiatria*, trad. C. Mainoldi, Milano, Feltrinelli, 1967, p. 446.

<sup>203</sup> "Bleuler mi ha insegnato la psichiatria; Bergson mi ha mostrato, con le sue opere, come bisognava affrontare i fenomeni essenziali della nostra vita. È unendo le idee e i suggerimenti che ho attinto dall'uno e dall'altro che sono arrivato alla concezione della schizofrenia" Cfr. E. Minkowski, *La schizofrenia*, op. cit., p. 52.

Il termine *sintonia* traduce in modo più preciso il carattere essenziale del loro atteggiamento<sup>204</sup>, al contrario l'esperienza schizofrenica è segnata da un progressivo venir meno di tale armonia, lasciando il posto alla *schizoidia*: sintonia e schizoidia sono definiti come “due *principi vitali*, il cui gioco reciproco regola il nostro atteggiamento nei confronti degli avvenimenti, delle persone e degli oggetti ambiente. Essi possono unirsi in proporzioni variabili e determinano così l'aspetto particolare di ciascun individuo<sup>205</sup>, dall'esperienza serena e felice dell'armonia al completo distacco dell'esperienza autistica. Questi due principi non si riferiscono al carattere della persona, i tratti che solitamente si impiegano per descrivere il comportamento come buono, socievole, irritabile, schivo non rientrano di per sé né nella schizoidia né nella sintonia, al contrario “esse si collocano, per così dire, tra questi tratti di carattere, dando a ciascuno di essi un colore particolare e determinando così tutto il modo di essere dell'individuo in rapporto all'ambiente<sup>206</sup>”.

Come è possibile, si chiede Minkowski, valutare se si ha di fronte un'esistenza principalmente sintonica o prevalentemente schizoide? La strada da seguire è stata battuta dalla fenomenologia: Minkowski, richiamando proprio Binswanger, sottolinea la necessità di un approccio completamente alternativo rispetto alla conoscenza per osservazione propria della scienza, ossia la conoscenza per *penetrazione*:

Nella vita, quando si tratta di valutare uno dei nostri simili non ci accontentiamo di enumerare le sue reazioni, di analizzarle e di classificarle soltanto alla luce della nostra ragione. Ci lasciamo guidare altrettanto dalla nostra intuizione che cerca di penetrare la personalità dell'altro, attraverso le sensazioni di calore o di freddezza che proviamo in sua presenza, mediante la facoltà di fare nostri i suoi sentimenti e le sue reazioni, di metterci in diapason con lui, di “comprenderlo” nel senso “sentimentale” o piuttosto irrazionale della parola. E nel nostro giudizio su di lui, questi ultimi fattori interverranno altrettanto se non di più dei primi e ad esso conferiranno una *certezza* altrettanto grande. Il nostro atteggiamento sarà lo stesso di fronte a un alienato.<sup>207</sup>

Penetrare nell'esperienza schizofrenica significa riconsiderare il paziente come la persona dietro la malattia, riconoscendo l'unicità della sua esperienza

---

<sup>204</sup> E. Minkowski, *La schizofrenia*, op. cit., p. 71.

<sup>205</sup> *Ibidem*.

<sup>206</sup> *Ivi*, p.72.

<sup>207</sup> *Ivi*, p. 92.

avviluppata intorno a quella che Minkowski chiama progressiva *perte de contact vital* con la realtà, non si potrebbe portare esempio migliore della continua riduzione dell'esistenza della povera Ellen ad un buco sepolcrale; del resto, a tutte le "forme di esistenza mancata" descritte da Binswanger è senza dubbio attribuibile questa perdita.

Conscio della sua condizione e del suo continuo sprofondare in se stesso, alla domanda classica dell'interrogatorio psichiatrico "lei dove si trova" lo schizofrenico risponderà "so dove mi trovo, ma non mi sento nel luogo in cui mi trovo"<sup>208</sup>, ritroviamo in moltissime espressioni di Ellen questo scollamento tra la situazione in cui è gettata e quella in cui il suo mondo interiore la trasporta progressivamente. Lo studio del paziente proposto da Minkowski va alla ricerca di questo "altrove" cercando di cogliere la totalità del modo di vivere del soggetto, alla scoperta del suo *vissuto*. Questo è il termine essenziale del percorso minkowskiano, a cui l'autore ha dedicato l'altro suo capolavoro, *Le temps vécu* (1933), nelle cui pagine propone una vastissima indagine incentrata sul problema del tempo in psicopatologia, ricerca che spalanca finalmente le porte di un nuovo stile e una nuova riflessione sull'uomo in generale oltre che sul paziente in particolare. La temporalità è assunta come chiave di lettura fondamentale dell'esistenza umana e i problemi che la concernono come chiave di lettura dell'esperienza aliena; non si tratta, tuttavia, del tempo oggettivo, comunemente inteso.

Il senso comune parla di tempo in termini di *spazio* ossia misurandolo, dividendolo in parti uguali sommabili e sottraibili, disponendo gli avvenimenti sulla linea retta dell'asse cartesiano donando loro una posizione esplicabile in termini di secondi, minuti, ore, giorni, settimane, mesi; "la clinica adotta lo stesso atteggiamento. Ci parla di disorientamento nel tempo e, per constatarlo, ci fa interrogare il malato sulla data di nascita, sulla durata della sua permanenza all'ospedale o sulla data del giorno"<sup>209</sup>.

---

<sup>208</sup> E. Minkowski, *Cosmologia e follia. Saggi e Discorsi*, a cura di F. Leoni, Prefazione di E. Borgna e C. Sini, Napoli, Alfredo Guida Editore, 2000, p. 31.

<sup>209</sup> E. Minkowski, *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, a cura di F. Leoni e E. Paci, Torino, Einaudi, 1971, p. 13.

Tutti i soggetti si confrontano con questo spazio temporale comune, ma, accanto a questo, esistono anche le singole esperienze del tempo di ciascuno, *tempi vissuti* intraducibili agli altri che costituiscono il fondamento di ogni esperienza del soggetto nel mondo comune come nel mondo proprio. Segno manifesto di follia è l'alterazione o la perdita del senso del tempo comune, del tempo come spazio, per questa ragione gli interrogatori psichiatrici hanno per tema informazioni cronologiche e le risposte sono o esclusivamente corrette o esclusivamente errate; la psichiatria compie un'ulteriore riduzione della complessità dell'esperienza umana poiché trascura completamente la temporalità vissuta, razionalizzando il fenomeno del tempo.

Lontano dal tempo comune, il “folle” vive il suo tempo e il suo mondo privato secondo una sua coerenza interna, reale, vissuta, come fa chiunque altro: “quel che vivo io, per lui, è secondario, contingente, irreale. Non solo, ma il vissuto non è discutibile poiché, come ‘esperienza’, è in prima persona”<sup>210</sup>, la sua peculiarità è proprio essere radicalmente opposto ad ogni razionalizzazione, ad ogni divisione precostituita.

Sulle orme di Bergson, Minkowski procede analizzando il tempo vissuto come pura durata, opposta al concetto geometrico dominante di linea del tempo, demolendo il concetto di ordine cronologico della temporalità lineare e introducendo il concetto di *slancio*, ossia l'impulso del soggetto a esprimersi nel mondo secondo il suo tempo, creando la sua storia e il suo avvenire in *sintonia* con il mondo. Riprendendo i fondamenti della sua concezione della schizofrenia, Minkowski descrive in termini di modalità dello slancio personale la situazione di sintonia e il progressivo distacco tra il soggetto e l'ambiente: avviene una rottura tra noi e il mondo; noi non solo non vogliamo confonderci e ancor meno adattarci a esso, ma vogliamo anzi affermare la nostra personalità, esteriorizzare il nostro io più intimo [...] In questo modo ci contrapponiamo al mondo e sentiamo svanire il contatto con esso. Più lo slancio è violento e personale, più grande è la contrapposizione tra l'io e l'ambiente”<sup>211</sup>. Questo il significa del “dramma dell'esperienza”: alternare l'irruenza dello slancio personale all'accordo armonico

---

<sup>210</sup> E. Paci, *Prefazione* a E. Minkowski, *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, op. cit., p. XII.

<sup>211</sup> E. Minkowski, *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, op. cit., p. 77.



con il mondo; nei soggetti in cui questo la prima condizione impera sull'altra spazzando via l'armonia, la vita si riempie di dolore causando un irrigidimento del tempo vissuto, come vedremo nel caso di Ellen West. Secondo questa dinamica tra soggetto e mondo Minkowski individua sei figure temporali secondo le quali il soggetto vive il proprio avvenire ossia l'attività e l'attesa, il desiderio e la speranza, la preghiera e l'atto etico; questi fenomeni sono alla base della comprensione minkowskiana della follia.

La temporalizzazione della presenza per Binswanger ha la portata del vissuto minkowskiano: l'antropoanalisi tenta di comprendere le trasformazioni del modo in cui Ellen West vive la dimensione della temporalità "a partire dalla sua mondanizzazione"<sup>212</sup>, ossia quale figura temporale si affianchi ad ognuno dei mondi in cui la giovane paziente vive. Minkowski ha insegnato a Binswanger che quando vi è sintonia tra soggetto e mondo, l'avvenire è la forma più originaria e pura della temporalità del soggetto; quando vi è accordo tra lo slancio personale e l'ambiente il futuro è la terra delle possibilità concrete, oggetti di scelta della presenza che si realizza nel mondo, *presentificando* il suo avvenire. Proprio nell'esperienza schizofrenica e in particolare nella vita di Ellen West la prevalenza di disarmonia ha portato a quell'incrinatura del suo progetto di mondo che adesso si è pronti a mostrare dal punto di vista del tempo vissuto.

#### *b) La temporalità del mondo etero*

Come si è avuto modo di sottolineare dall'analisi antropologica dell'esistenza di Ellen, la giovane ha sofferto per tutta la vita di un contrasto irriducibile tra il mondo proprio e il mondo della prassi, il mondo in comune; in particolare, il caso Ellen West presenta una bipartizione della sfera del mondo interiore in due regioni, il mondo etero e il mondo sepolcrale. Il conflitto della giovane paziente di Binswanger è portato avanti dal mondo etero che, essendosi espanso fino a conquistare tutta la vita psichica della presenza, non ha "fatto concessioni al mondo della prassi"<sup>213</sup> impedendo ad Ellen di lasciar essere se stessa, il proprio corpo, la società e gli altri Tu della sua vita ciò che realmente sono, e

---

<sup>212</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 140.

<sup>213</sup> *Ivi*, p. 141.

costringendola a spadroneggiare su ogni ente dentro e fuori di lei nella corsa verso il suo ideale.

Il monde dei desideri e dei sogni ha perso ogni suo contatto con il mondo in comune, lo slancio personale di Ellen valica i confini della prassi spingendosi troppo distante dalle reali possibilità di realizzazione del suo progetto. La presenza si chiude così al mondo della coesistenza fuggendo l'essere-insieme-nell'amore, i suoi sogni e i suoi desideri non hanno come oggetto la realizzazione autentica insieme ai vari Tu del mondo in comune, dunque il suo avvenire "assume un senso diverso, il senso del progettarsi per amore di un Sé inautentico, cioè *fantastico*"<sup>214</sup>. Il futuro che la giovane ha di fronte è un mondo sconfinato dalle possibilità incontrollate eppure vuote, poiché è venuta loro meno quella certezza concreta che soltanto l'incontro con il mondo della prassi può dare, manca del tutto ogni movimento di presentificazione dei desideri nel *qui ed ora*.

Ellen non raggiunge mai il suo ideale, nonostante i suoi sforzi e l'effettivo deperimento del suo fisico non si dà pace se non nella decisione di porre fine alla sua esistenza.

Dal mondo e dal tempo dipendono anche le altre configurazioni della presenza: lo spazio del mondo etero è l'ampiezza sconfinata, i colori che emergono dalle poesie sono chiari e luminosi, i paesaggi sono il cielo e il mare e la materia l'aria e l'etero.

Sembra impossibile che un mondo simile sia tanto distruttivo e infatti, chiarisce Binswanger, ogni essere umano si concede, nel corso della sua vita, di trascorrervi molti momenti; lo slancio personale di ognuno di noi, anche se solo per un attimo, è teso verso questo sconfinato dominio della fantasia. Dopo il sogno arriva il giorno a ridelineare i confini della nostra esistenza, a ricordarci che non è possibile trattare troppo a lungo nel mondo etero.

Al contrario delle esistenze felici, Ellen non riesce a progettarsi nel mondo in comune; al tempo stesso il mondo celeste che ha preso il sopravvento su tutta la sua vita è continuamente minacciato dall'ombra e dal limite della caduta nella tomba, la ricaduta nell'essere come non vuole essere, nell'essere grassa, nell'essere corporea.

---

<sup>214</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 142.

c) *La temporalità del mondo della tomba*

Il mondo sepolcrale, in quanto esprime ciò contro cui Ellen lotta con tutte le sue forze, è dominato dal “passato continuamente presente”<sup>215</sup> della presenza che non riesce a trascendere la condizione in cui si trova e che non ha scelto. Il progressivo restringimento della presenza di Ellen espressa nei suoi scritti verso la forma di sepolcro, carcere e buco accompagnato dalla continua sensazione di invecchiare e imputridire - “ogni giorno che passa divento un poco *più grassa, più vecchia e più brutta*”<sup>216</sup> - esprime la crescente supremazia del passato sulla vita della giovane donna, supremazia che si esprime nel continuo sprofondare dell’ideale etereo in una tomba putrescente. Il sentirsi vuota, buco, verme strisciante sono tutte espressioni che indicano che

hanno un unico e medesimo significato, e ciò in base ad una modificazione dell’*unico* senso esistenziale della temporalizzazione. Se il mondo diventa insignificante e perde sempre più il suo carattere di appagatività, [...] se il mondo si mostra nell’aspetto dello svuotamento (della terra, della voragine, della fossa nella terra) e la presenza non è più proiettata in avanti, bensì rigettata nel mero esser-stato [...] tutto questo significa che *niente più si muove* e “*tutto rimane ancorato al passato*”<sup>217</sup>.

Ellen stessa constata che ogni sviluppo interiore è cessato, dunque le è interdetto ogni tipo di futuro; la sua esistenza è chiusa in un circolo di angoscia che non riesce a spezzare poiché si tratta di una sofferenza che attacca la sua presenza da due fronti. Ciò che Binswanger reputa di un’importanza capitale è il fatto che la contraddizione che la sua paziente vive schiacciata tra i due mondi in lotta dentro di lei non ha alcuna via d’uscita, non vi è un mondo iscritto nel segno della salvezza: sia il mondo sepolcrale che il mondo etereo sono fonti di angoscia, angoscia di fronte alla vecchiaia e alla morte nella tomba del corpo e angoscia di fronte alla vita concreta del mondo in comune.

“Questo è il *laccio* da cui Ellen non si può sciogliere”<sup>218</sup>, è il significato delle due alternative in cui la sua esistenza si è ridotta, l’essere magra e la fame inarrestabile. Invaso da questa angoscia duplice e continua, al mondo della prassi non resta che l’inesistenza.

---

<sup>215</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 143.

<sup>216</sup> *Ivi*, p. 62.

<sup>217</sup> *Ivi*, p. 145.

<sup>218</sup> *Ivi*, p. 146.

#### *d) La temporalità del mondo della prassi*

Il tempo che Ellen West vive nel mondo della coesistenza è completamente dirottato dal continuo movimento di ascesa desiderante del mondo etereo e caduta infernale del mondo sepolcrale, la sua esistenza ha preso la forma di circolo e il suo procedere nel mondo sulla terra è espressione di tale vortice: Ellen si muove rapidamente ed impulsivamente, non riesce a fermarsi, riempie la sua vita di azioni ed impegni nella speranza di occupare quel presente così vuoto ed alienante. Non riesce a fermarsi neppure insieme alle amiche (magre) a contemplare il panorama, gira loro intorno incessantemente per occupare il tempo. L'avidità è considerata da Binswanger sullo stesso piano ossia il riempimento di questo vuoto; "dappertutto, nel caso Ellen West, troviamo la temporalità cadente in pezzi nelle sue singole estasi"<sup>219</sup>, il passato, il presente e il futuro sono vissuti mai con continuità ma sempre sotto il segno della prevaricazione del primo sugli altri due, fino a rendere l'avvenire inautentico e il presente vacuo.

Solo quando ha preso la decisione di porre fine alla sua vita il mondo etereo allenta la sua morsa consentendo alla giovane di mangiare con gusto, non per riempire il tempo e il vuoto ma per appagare realmente un suo desiderio, almeno per una volta. Binswanger conclude che nel caso Ellen West si può dunque parlare di esistenza autentica, di coerenza dell'esperienza e di temporalizzazione autentica soltanto di fronte alla sua morte, morte come libera scelta che segna una riconciliazione con il mondo esterno e con se stessa.

Questa la vera tragicità dell'esistenza di questa presenza: la possibilità di vivere realmente il suo tempo e il suo mondo e l'amore per i Tu della sua vita si dà solo nella cessazione dell'esistenza stessa.

#### *§7. La morte*

Di fronte al fatto che la figura antropologica alla quale abbiamo dato il nome di Ellen West "pone fine" alla sua esistenza, l'antropoanalisi ha il dovere di sospendere qualunque giudizio formulato da particolari angoli visuali o in base a particolari concezioni, qualunque giudizio, quindi, di tipo etico o religioso, oppure di tipo esplicativo medico-psichiatrico o psicoanalitico o di tipo comprensivo. [...] Né qui, d'altronde, è pertinente il

---

<sup>219</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 149.

punto di vista, tipico della "concezione aristocratica della vita", del "sano intelletto umano", che guarda con compassione o orrore [...] a quelli che si danno volontariamente la morte. Noi non dobbiamo né approvare né disapprovare il suicidio di Ellen West, né trivializzarlo con spiegazioni di tipo medico o psicoanalitico, né drammatizzarlo giudicandolo alla luce di principi etici o religiosi.<sup>220</sup>

Si è ritenuto opportuno citare per intero la pagina con cui Binswanger entra nel merito al tema della morte di Ellen West poiché essa racchiude in un'efficace sintesi quello che è anche il nostro pensiero: la morte di una persona è una questione più grande di noi, vola alta sopra le nostre teste portando con sé il suo mistero; a noi non resta che spogliarci del camice bianco dello psichiatra, della penna dello psicoanalista, del sermone del predicatore e della lente di ingrandimento dello scienziato per rinunciare ad ogni pretesa conoscitiva dell'evento. Sospendere il giudizio sulla sua morte significa considerare Ellen il soggetto libero e animato che è stata e non l'oggetto di una macabra autopsia del suo tormento. L'antropoanalisi compie questa rinuncia e si rivolge alla morte come a un'espressione del progetto di essere-nel-mondo della presenza, come a un atto autonomo della sua vita.

Il tormento di Ellen si placa soltanto in presenza della morte imminente, infatti la donna riesce a mangiare con gioia e spensieratezza e si sente realmente nutrita dopo un pasto -"per la prima volta da tredici anni!"<sup>221</sup> - soltanto nel suo ultimo giorno di vita, giornata che trascorre molto serenamente a dedicandosi alle sue attività preferite insieme al marito. Del resto, il pensiero della morte come amica ha accompagnato Ellen per tutta la vita, fin da piccola, come ricordano le sue poesie e il suoi pensieri. I motivi della presenza di quest'ombra che scende su tutta la sua esistenza sono stati ben illustrati, resta però da comprendere *come* questi motivi "abbiano potuto divenire efficaci, in altri termini in che misura abbian potuto *divenire* dei motivi"<sup>222</sup>.

Dall'analisi dell'incoerenza dell'esperienza di Ellen e della temporalizzazione dei mondi in cui ha vissuto emerge il fatto che il suicidio sia stato sia una libera

---

<sup>220</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., pp. 128-129.

<sup>221</sup> *Ivi*, p. 94.

<sup>222</sup> *Ivi*, p. 131.

scelta di questa presenza, sia un evento necessario per come il suo progetto di mondo si era declinato.

L'essere dominata dal passato ha reso la sua vita un circolo vizioso in cui il presente è completamente appiattito dal conflitto tra l'ideale etereo e il corpo in putrefazione; e il futuro non esiste poiché la sua vita si consuma esclusivamente lungo le due alternative nelle quali si è scissa, essere magra e essere grassa. Una presenza che si dà soltanto nel tempo passato non può esistere nel mondo comune, non può incontrare sinceramente un Tu, non può amare poiché è come se fosse già morta, Ellen infatti afferma di sentirsi come un cadavere tra i vivi; in questo senso la morte "cade come frutto ormai maturo della presenza"<sup>223</sup>, come fine certa di una vita tanto tormentata in cui il trapasso le era sempre sembrato la via della salvezza.

Eppure, il rapporto della giovane paziente con la morte non è sempre stato all'insegna della luminosità come invece si configura una volta che ha preso la decisione di togliersi la vita; come Binswanger ben ricorda una delle più profonde inquietudini di Ellen adolescente era proprio il timore di morire da un momento all'altro ed essere dimentica, allo stesso tempo si deve sottolineare come il mondo da cui la donna cerca di fuggire è proprio il mondo della *tomba*, cioè dell'imputridimento che il corpo subisce dopo la morte. La contraddizione è soltanto apparente: la morte che Ellen decide di infliggersi e al cospetto della quale la sua vita può essere finalmente serena, è il nulla assoluto<sup>224</sup>, il cessare di tutto, soprattutto della presenza. Con la morte cessa dunque il mondo della prassi, il mondo etereo e il mondo sepolcrale; non vi è più alcuna lotta, non vi è più un corpo grasso, magro, non vi è più un corpo, la vita può finalmente trasformarsi in una *festa*. L'ossimoro e la contraddizione risiedono nel fatto che Ellen trovi la gioia, la pace e la luminosità nel nulla della morte e non invece nella pienezza

---

<sup>223</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 132.

<sup>224</sup> Dal materiale a disposizione di Binswanger, comprendente anche i suoi colloqui con la paziente, non risulta alcuna evidenza del fatto che Ellen West credesse nell'esistenza di una continuazione della vita dopo la morte, in alcuna forma; la donna non avrebbe neppure mai espresso il desiderio che così fosse. Si hanno, e le aveva certamente Binswanger, ottime ragioni per ritenere che se la donna avesse avuto questa credenza l'avrebbe certamente manifestata, soprattutto sulla fine. Una simile fede si coniugherebbe con estrema difficoltà con il terrore di essere dimenticata e con l'enorme affaccendarsi di Ellen per cambiare la sua vita *qui e ora*.

esistenziale dell'essere-insieme-nell'amore; il perché è una questione a cui Binswanger non ha trovato risposta.

La conclusione antropologica di Binswanger è mossa dalle analogie già ricordate tra il caso Ellen West e gli altri studi clinici della raccolta *Schizophrenie* e, ancora un volta, dalle stesse affermazioni della paziente. Quando dichiara che il destino l'ha voluta grassa e robusta, mentre desidera essere magra e eterea<sup>225</sup>, quando prega di essere "creata un'altra volta, ma creata meglio"<sup>226</sup>, Ellen sta esprimendo il desiderio di *non essere se stessa*, di essere cioè diversa da come la natura o il destino l'hanno resa e, allo stesso tempo, il desiderio di essere *la se stessa che ha scelto di essere*.

Si è mostrato come l'esistenza che la psichiatria clinica chiama schizofrenica si sviluppa a partire da questa impossibilità di coerenza nel rapporto con gli altri e con se stessa, "ogni psichiatra avrà in mente una quantità di casi in cui i malati 'sono scontenti della loro sorte' [...] ma ancor più frequente è il caso opposto, il voler disperatamente essere se-stesso, cioè proprio quella persona e non un'altra"<sup>227</sup>. Essere realmente se stessi è possibile solo nel mondo della prassi, poiché soltanto agendo è possibile realizzare i nostri progetti. Binswanger legge il suicidio di Ellen West come questo passo concreto sulla terra del mondo comune, un'azione che non è schiava del circolo del passato ma libera di svolgersi nel presente. In questo risiede tutta la tragicità di questa presenza: poter essere se stessa solo alla luce della rinuncia alla vita.

### **3. Il caso Ellen West tra antropologia, psicoanalisi e psichiatria**

Il fine di questo capitolo è mettere in luce l'operato dell'antropoanalisi come metodo d'indagine che tenta, lontano dai pregiudizi teorici e dall'urgenza diagnostica, di "entrare dentro" i mondi in cui il paziente abita, riconoscendo la persona dietro la malattia. *Il caso Ellen West* ha per Binswanger lo stesso scopo: lontano da essere un trattato di metodologia terapeutica, esso rappresenta l'esempio concreto dei sentieri nascosti che l'antropoanalisi può riportare alla luce

---

<sup>225</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 91.

<sup>226</sup> *Ivi*, p. 68.

<sup>227</sup> *Ivi*, nota 24 p. 134.

dove la psichiatria ha giudicato la patologia e la psicoanalisi il complesso. Si è così tracciato la cartografia della presenza dal nome Ellen West, cercando di descrivere i suoi mondi, il suo spazio e il suo tempo. Quest'ultima sezione del capitolo è dedicata ai rapporti tra l'antropoanalisi del caso Ellen West e i risultati delle indagini psicoanalitica e psichiatrica. Il nostro discorso non è in alcun modo interessato a esprimere giudizi circa l'efficacia di un trattamento piuttosto che un altro, poiché non si svolge sul piano della terapia di un malato ma su quello dell'esperienza di una persona.

### *§1. Psicoanalisi e antropoanalisi*

Ellen West si sottopone per la prima volta ad un trattamento psicoanalitico a trentadue anni, dopo aver confessato al marito che la sua vita si muove ormai soltanto intorno al pensiero costante di restare magra e dopo un dimagrimento massiccio, difatti quando inizia la terapia con un giovane psicoanalista non incondizionatamente seguace di Freud pesa soltanto quarantadue chili. Intelligente, incline all'auto-indagine e di indole creativa, Ellen si sottopone di buon grado al trattamento psicoanalitico che la affascina e mette alla prova le sue capacità. Inizialmente riguadagna un po' di speranza, scrive infatti al marito di sentir riaffiorare il "bruciante amore per la vita"<sup>228</sup> come se la psicoanalisi la stesse aiutando. Si tratta, purtroppo, di un'illusione momentanea: grazie alla terapia Ellen può comprendere i caratteri della sua condizione, ha scoperto per esempio il collegamento tra la sua caparbità nei confronti degli altri e la violenza che riserva la suo corpo, ha interpretato alla luce del conflitto tra se stessa e il suo ideale le scelte di vita che ha compiuto, soprattutto quella di lasciare lo studente - effigie dell'ideale etereo - e sposare il cugino Karl - l'uomo concreto che vuole padre dei suoi figli. La psicoanalisi non può aiutarla se non a livello conoscitivo: "questo conflitto non ha mai fine e dopo la seduta da... (dallo psicoanalista) torno a casa disperata, con la consapevolezza che egli può farmi conoscere il mio stato

---

<sup>228</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 71.



ma non guarirmi"<sup>229</sup>. Dopo appena sei mesi l'analisi si interrompe per "cause esterne"<sup>230</sup>, dunque molto prima di poter arrivare a qualche risultato concreto.

Il trattamento psicoanalitico che ha un'incidenza concreta sul caso Ellen West è il secondo, a cui la giovane si sottopone l'anno seguente scegliendo Hans von Hattingberg, un freudiano "ortodosso".

Discutendo i risultati teorici ottenuti dal secondo analista nel capitolo dedicato alla psicoanalisi del caso, Binswanger intende mostrare come psicoanalisi e antropoanalisi, sebbene siano mosse da un presupposto comune ossia lo studio della vita interiore dei pazienti, si costruiscono una visione d'insieme molto diversa sulla persona, rispettivamente una appiattita e una complessa.

#### a) *Binswanger e Freud*<sup>231</sup>

L'opera di Binswanger è attraversata da un continuo riferimento sia alla teoria psicoanalitica, sia alla figura di Freud, come del resto lo è anche la sua carriera: nel parlare di antropoanalisi e psicoanalisi si deve sempre aver chiaro il fatto che Binswanger esercitò personalmente la pratica psicoanalitica per molti anni, le critiche che egli muove al sistema freudiano e alla teoria psicoanalitica sono critiche di qualcuno "del mestiere", hanno cioè un valore aggiunto in quanto

---

<sup>229</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 71.

<sup>230</sup> L'analista era Victor Emil von Gebattel, il celebre psicoanalista di Heidegger, ed ebbe in terapia Ellen West dal febbraio all'agosto del 1920. La terapia si interruppe a causa di una crisi di von Gebattel riguardo i presupposti metodologici e l'utilità della psicoanalisi, crisi acuita dall'incontro con Leonhard Stark, un ex insegnante di scuola elementare che in quegli anni aveva catturato l'interesse di un vasto pubblico. Si trattava di una specie di "santone" che teneva lunghi discorsi su temi quali Cristo e il problema ebraico, portando avanti teorie astruse e deliranti analizzando in chiave pseudo mistica la sessualità. Come una mente illuminata quale era certamente quella di von Gebattel sia rimasta così turbata da quest'uomo resta un mistero, sta di fatto che lo psicoanalista ha una vera e propria crisi mistica che lo porta ad interrompere l'analisi con Ellen che inizialmente l'aveva accompagnato a qualche incontro con Stark, ma ne era rimasta profondamente delusa come si evince da alcune lettere alla madre e al marito.

<sup>231</sup> L'argomento è più che vasto e più che complesso, il nostro obiettivo non è esaurirlo ma presentare le sostanziali differenze che intercorrono tra l'approccio antropologico-fenomenologico e la psicoanalisi freudiana muovendo dalla costatazione, propria di Binswanger, che anche quest'ultima, subendo la pressione di costituirsi come "scienza", si serva di un'interpretazione rigida e riduzionista dei fenomeni psichici. Per approfondire il rapporto tra Binswanger e Freud, che non smise mai di chiamare "maestro", si rimanda sia ai saggi che citeremo nel corso della sezione, raccolti in L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., D. Cargnello, *Alterità e alienità. Introduzione alla fenomenologia antropoanalitica*, op. cit. ed infine al carteggio tra Binswanger e Freud, *Sigmund Freud-Ludwig Binswanger*, Briefwechsel 1908-1933.

sollevate da un profondo conoscitore. Sarebbe un errore considerare l'antropoanalisi in contrasto con psicoanalisi poiché la riflessione binswangeriana si è costruita "di fronte" a Freud, alla luce delle sue scoperte, e poiché l'indirizzo antropoanalitico non è una teoria bensì una visione sulle effettive possibilità del comprendere l'individualità del paziente.

Nel saggio *La concezione freudiana dell'uomo alla luce dell'antropologia* Binswanger incentra il discorso sui meriti del suo maestro e sul territorio in comune tra le i due approcci<sup>232</sup>. Il grande contributo della psicoanalisi allo studio dell'uomo è aver restituito a quest'uomo il suo carattere peculiare, essere innanzitutto *homo natura*. "L'umanità ha sempre saputo di possedere lo spirito; io dovevo mostrarle che esistono anche gli istinti"<sup>233</sup>, con queste parole - rivolte proprio a Binswanger in occasione di un incontro - Sigmund Freud riassume la grande rivoluzione attuata dalla sua opera: opponendosi alla tradizione millenaria che dipingeva l'essere umano come *homo aeternus aut caelestis* in quanto dotato dell'immortale pensiero razionale, il padre della psicoanalisi dichiara che l'uomo è anzitutto una creatura naturale, un essere in balia dei propri istinti. La cultura ha indocilito quest'essere selvatico inibendo la sua libido e indirizzandola verso oggetti utili per la vita in comunità; l'istintualità costretta, compressa e regolata da tutta una serie di rimozioni resiste nascosta sotto la docilità apparente e rappresenta l'autentica realtà psichica dell'uomo. Il metodo della psicoanalisi non è altre che una "tecnica di smascheramento di che cosa sia realmente l'uomo"<sup>234</sup> e cioè la sua istintualità, i suoi desideri repressi o inibiti.

Freud ricostruisce la filogenesi e l'ontogenesi dell'*homo natura*<sup>235</sup>, ciò che è necessario sottolineare è che quest'uomo originario, sia l'uomo primitivo della storia dell'umanità, sia il neonato della storia del singolo, è una *costruzione artificiale*, è un prototipo,

---

<sup>232</sup> Riprendo la questione, soprattutto per quanto concerne gli aspetti della psicoanalisi che contribuiscono alla creazione dell'orizzonte antropoanalitico nel prossimo capitolo Cfr. *infra*, p. 132.

<sup>233</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 254.

<sup>234</sup> D. Cargnello, *Alterità e alienità. Introduzione alla fenomenologia antropoanalitica*, op. cit., p. 122.

<sup>235</sup> Cfr. S. Freud, *Totem e tabù*, 1913; S. Freud, *Mosè e il monoteismo*, 1938; S. Freud, *Tre saggi sulla teoria sessuale*, 1905.

un'idea faticosamente elaborata attraverso la penetrazione discorsiva nella tecnica della natura. Questo uomo primitivo non costituisce l'origine, l'inizio della storia umana, bensì un'esigenza della ricerca scientifica naturalistica. La stessa cosa vale per l'*homo natura* nel senso del neonato; anche qui non si tratta di un uomo reale, bensì di un'idea, non di un inizio reale bensì di un'esigenza della riflessione e della riduzione biologico-scientifiche.<sup>236</sup>

La metapsicologia freudiana è fondata sul presupposto che la realtà dell'Essere-uomo sia realmente quest'astrazione; Freud attua dunque una riduzione della complessità dell'esistenza e dell'esperienza umana alla costituzione istintuale della psiche e ai problemi di gestione della libido. Per quanto profondo e lungimirante sia stato il suo sguardo su molte questioni, la sua teoria rinchiude l'uomo "tra pulsione e illusione"<sup>237</sup>.

Il procedimento che porta la psicoanalisi a incentrare il suo discorso sull'uomo come *homo natura* è conforme al paradigma di oggettività ed evidenza delle scienze mediche: Freud era un medico e le sue ricerche iniziali furono anzitutto neuroistologiche - si dedicò allo studio del sistema nervoso degli animali - e successivamente neurologiche e psichiatriche, "lo psicoanalista, quale noi propriamente conosciamo, si propose molto dopo"<sup>238</sup>. Il clima culturale in cui la psicoanalisi venne alla luce fu lo stesso che portò alla costituzione della psichiatria clinica come scienza: Freud guardò a Griesinger, Meynert e Wernicke come ai suoi maestri, infatti il protagonista indiscusso delle ricerche freudiane fu un "organismo psichico" formato da "elementi", secondo un procedere naturalistico del tutto paragonabile a quello anatomico di Meynert e a quello funzionalistico di Wernicke. Solo, gli elementi ultimi di questo organismo psichico non sono la corteccia cerebrale o i fasci nervosi, bensì gli istinti, istanze mitiche e inafferrabili che valicano i confini tra il corpo e la mente; questi istinti sono infine regolati da "meccanismi" quali la rimozione, la sublimazione, l'identificazione.

Al pari della psichiatria clinica e di tutta la medicina, la teoria freudiana porta il segno dell'oggettivazione del soggettivo, trasforma il soggetto in oggetto di

---

<sup>236</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 173.

<sup>237</sup> *Ivi*, p. 174.

<sup>238</sup> D. Cargnello, *Alterità e alienità. Introduzione alla fenomenologia antropoanalitica*, op. cit., p. 114.

indagine in quanto l'Io, il Super-Io, l'Es di questa persona sono anche l'Io, il Super-Io, l'Es di ogni altra, come il cuore, il fegato o il polmone. Il soggetto è ancora una volta messo tra parentesi, oggettivato, in questo la psicoanalisi si adatta, nei suoi principi, al riduzionismo della psichiatria clinica classica.

Si è specificato "nei suoi principi" poiché, una volta illustrati i problemi che Binswanger rivela presenti nella teoria psicoanalitica, è possibile volgere lo sguardo a ciò che invece avvicina l'antropoanalisi a Freud. La psicoanalisi, più che una teoria, è soprattutto una terapia, dunque è necessario osservare se e fino a che punto l'impostazione naturalistica dei suoi principi sia sostenibile nel suo impiego terapeutico. Binswanger crede fermamente nel contrario, come mostrano i due insegnamenti fondamentali che l'antropoanalisi ha ereditato dal trattamento psicoanalitico ossia l'indagine sulla personalità nel suo complesso e l'importanza della *storia interiore* del paziente.

Nel dialogo concreto tra paziente e analista, quest'ultimo non va alla ricerca di funzioni psichiche da scomporre per essere comprensibili, bensì si rivolge alla complessità di un individuo che vive un aperto conflitto con i suoi istinti e che, proprio in occasione dell'incontro con l'individualità del terapeuta, passa attraverso i meccanismi del *transfert* e della *resistenza* che gli consentono di esplorare tale conflitto e forse risolverlo. I fenomeni di transfert e resistenza non possono rientrare tra i meccanismi causali che gli scienziati ricercano, essi nascono dal rapporto tra due soggetti: "quando Freud pone l'intera esistenza dell'analista di fronte all'intera esistenza dell'analizzato, egli non è davvero più un naturalista: è un antropologo"<sup>239</sup>. La terapia psicoanalitica non è che il tentativo concreto di ricostruire la storia interiore del paziente, storia che non si esaurisce nelle mere vicissitudini biografiche o sintomatologiche ma che comprende l'insieme delle sue esperienze intime. Questa ricostruzione è però attuata rispetto ad un particolare punto di vista che cerca di individuare nel continuum delle esperienze dell'analizzato i meccanismi di rimozione e sublimazione, del complesso paterno e dell'istinto di morte, e così via.

In conclusione, l'approccio psicoanalitico indaga profondamente la storia interiore secondo la sua idea precostituita di uomo come *homo natura*, come

---

<sup>239</sup> D. Cargnello, *Alterità e alienità. Introduzione alla fenomenologia antropoanalitica*, op. cit., p. 124.

essere in lotta con i suoi istinti repressi che permangono sotto l'artificio della sua maschera pubblica. Il mondo della psicoanalisi è il mondo dei desideri e dei sogni, il mondo etereo. Al contrario, l'antropoanalisi elabora l'Essere-uomo in tutte le forme della sua esistenza e in tutti i mondi in cui si manifesta, "è dunque in grado di ampliare e approfondire i concetti fondamentali e le acquisizioni psicoanalitiche, mentre la psicoanalisi non può che restringere e appiattire le forme antropoanalitiche"<sup>240</sup>. L'operato del secondo psicoanalista di Ellen West è esemplare di questa operazione.

*b) Psicoanalisi e il problema del simbolo*

Il secondo analista di Ellen West, Hans von Hattingberg, è un freudiano ortodosso e, come tale, interpreta la storia interiore della sua paziente in base a un problema di erotismo anale represso individuando tre equazioni:

- A. slanciato = spirituale; grasso = ebraico, borghese.
- B. mangiare = esser fecondata e ingravidata.

Binswanger procede dall'analisi delle prime due equazioni chiarendo che tra i loro termini non intercorre alcuna reciprocità diretta, i termini si equivalgono in quanto sono espressione i primi del mondo etereo, i secondi del mondo sepolcrale. Slanciato non *significa* spirituale, grasso non *significa* ebraico e borghese: il significato dell'equazione è comune a entrambi i membri, e si tratta, rispettivamente, del significato della leggerezza eterea e del significato della pesantezza opprimente. L'analisi della presenza di Ellen West ha evidenziato come "il rifiuto dell'ambiente sociale e il rifiuto dell'esser-grassa si trovano su uno stesso piano, l'uno accanto all'altro"<sup>241</sup>, così come il piccolo mondo quotidiano e il corpo assumono entrambi il significato di tomba, sepolcro. Stabilire una relazione simbolica tra i membri dell'equazione è possibile per lo psicoanalista poiché egli è convinto, come la dottrina gli ha insegnato, che le sensazioni e i desideri propri dell'individuo verso se stesso (slanciato e grasso) siano predominanti rispetto agli assetti dell'esterno (spirituale ed ebraico, borghese).

---

<sup>240</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 158.

<sup>241</sup> *Ivi*, p. 160.

L'antropoanalisi ha compreso, al contrario della psicoanalisi e della sua riduzione della persona ai meccanismi dell'*homo natura*, che è decisivo il mondo di volta in volta predominante e non il singolo desiderio o la singola paura.

L'ultima equazione non fa eccezione, nonostante sia più complessa in quanto non sembrerebbe richiamare i mondi di Ellen bensì un represso erotismo anale. Von Hattingberg dichiara che la paziente ha riconosciuto l'equazione mangiare/esser fecondata e ingravidata, quando però attua il passo successivo collegando il mangiare - in particolare cioccolata - all'analità, la donna dichiara di "non sapere proprio che farsene dell'erotismo anale. Il suo 'riconoscimento' è pertanto superficiale"<sup>242</sup>.

L'erotismo anale è descritto dalla teoria psicoanalitica come il trattenere-presso-di-sé e il non-dare-di-sé, entrambi questi movimenti di "costipazione" prescindono la distinzione tra corporale e psichico, coinvolgendo l'intera persona. In questo senso, Binswanger non ne dubita, la vita di Ellen è realmente segnata da spiccati tratti che rimandano al carattere anale, come la caparbità, l'ostinazione e la tendenza a riempire il tempo libero; tuttavia non vi è traccia dell'avarizia e della pedanteria, tratti fortemente anali, e il non disporre di sufficienti dati sulla prima infanzia della paziente non consente di dimostrare l'esistenza di una concezione infantile della sessualità e della maternità che dimostri l'equazione mangiare (soprattutto cioccolata) = essere fecondata. Binswanger invita alla prudenza in queste supposizioni e sottolinea ancora una volta che ciò che il medico antropologicamente orientato si chiede non è se un complesso legato all'analità governi o meno la vita di Ellen tanto da fornirne la chiave di interpretazione, ma *in quale progetto di mondo l'analità è sottesa*; si tratta del mondo come *buco* e come *vuoto*. Il carattere anale è qui evidente: la coazione di Ellen a mangiare esprime l'angoscia per il suo sentirsi vuota, ridotta a un buco, nel nutrirsi avidamente spera di placare questa vacuità che non soltanto fisica ma esistenziale nel suo significato più ampio, la brama di riempirsi si esprime e con la fame spasmodica e con la brama di vita e di potenza, come dimostra la sua generale ambizione, "Ellen affonda avidamente i denti in tutta la vita"<sup>243</sup> dichiara Binswanger lasciandoci questa vividissima immagine. Tutta la storia della vita di

---

<sup>242</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., pp. 160-161.

<sup>243</sup> *Ivi*, nota 51 p. 162.

Ellen West è la storia della progressiva trasformazione del suo mondo in una tomba vuota, quello che la psicoanalisi chiama analità è soltanto un particolare aspetto di questa trasformazione e non una chiave di lettura, di interpretazione. I termini della terza equazione sono dunque tutti sullo stesso piano, appartengono cioè allo stesso mondo della tomba poiché per Ellen la bramosia di cibo, la bramosia d'amore e le conseguenti angosce di ingrassare e di restare incinta sono tutte espressioni ostili alla vita del mondo etereo in quanto portano al decadere continuo verso la palude, il sepolcro, il buco.

Il secondo analista ha *spiegato* lo stato di Ellen ricorrendo alla componente pulsionale dell'erotismo anale come ciò che causa o è condizione del mondo della tomba e della riduzione della presenza a buco, l'antropoanalisi non è una scienza esplicativa e

non può concedere che le *sensazioni di piacere* nella defecazione, che dunque la fissazione nella zona anale come zona erogena possano instaurare l'immagine del mondo del buco, della tomba o della palude, così come in generale non è possibile costruire alcun mondo sulla base di sensazioni o pulsioni. Questa concezione appartiene completamente al passato dell'epoca positivista. L'antropoanalisi è piuttosto dell'avviso che, al contrario, soltanto là dove esiste un progetto di mondo come buco in un certo periodo dell'infanzia o in certe forme di "degenerazione spirituale", l'essere-buco, il venir-riempito e il venir-svuotato o il trattenere-presso-di-sé sono sentiti come "piacevoli". Questa rivoluzione copernicana è al principio di ogni antropoanalisi.<sup>244</sup>

Nel credere che la bramosia di mangiare significhi simbolicamente la bramosia amorosa e che la paura d'ingrassare rappresenti simbolicamente la paura di essere fecondata, il secondo psicoanalista era spinto secondo Binswanger da un pregiudizio diagnostico errato ovvero che Ellen soffrisse di "nevrosi coatta", lo stato patologico in cui un'azione sostituisce, fa da surrogato a un altro scopo rimosso. In queste pagine Binswanger non fa mistero di non reputare von Hattingberg un acuto psicoanalista: la nevrosi coatta non è così semplice, a maggior ragione nel caso Ellen West, infatti la giovane non nasconde affatto il suo impulso a mangiare spasmodicamente, anzi, lo giudica e lo combatte apertamente come dimostrano i lassativi ingeriti ogni giorno e le lunghe passeggiate "e questo, come già lo stesso Freud ha spiegato, è qualcosa di completamente diverso dalla

---

<sup>244</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 164.

rimozione"<sup>245</sup>. Ellen non ha un mondo che domina la coscienza e un altro che sfugge a tal dominio, rimosso nell'inconscio, la diagnosi dello psicoanalista - per quanto in se stessa riduttiva poiché fondata sul rigido meccanismo di rimozione - è errata e lo ha portato fuori strada nel non riconoscere la compresenza di due mondi ugualmente consci.

Per quanto concerne la questione dei sogni di Ellen, si è deciso di non soffermarsi sull'analisi psicoanalitica e antropologica che Binswanger ne propone poiché l'argomento è estremamente specialistico; per contro, il tema del sogno tra psicoanalisi e antropoanalisi è di indubbio interesse per la comprensione dei meccanismi di spiegazione e interpretazione in base ai quali la teoria freudiana esamina un caso.

La psicoanalisi e la fenomenologia hanno in comune il grande merito di aver restituito al sogno e a tutta la dimensione dell'onirico uno statuto di realtà e verità, avergli cioè consentito di evadere dalla lunga prigionia del non-senso della coscienza, della fantasticheria vuota e fine a se stessa, nel mondo dell'irrazionale e dell'irreale in cui la modernità li aveva confinato. Lungi dall'esser "figli di un cervello pigro, generati da nient'altro che una vana fantasia"<sup>246</sup>, i sogni sono una delle dimensioni in cui l'esistenza umana si dà, uno dei mondi in cui essa esiste, essi hanno un valore ineguagliabile poiché grazie ad essi l'esistenza può rivelarsi in un modo completamente alternativo a quello del mondo della veglia: in sogno l'esistenza si disvela per immagini. La psicoanalisi ha assunto come suo fondamento il fatto che queste immagini racchiudano il senso dell'inconscio, ossia il senso dei desideri e delle pulsioni inesprimibili che sono stati confinati nelle segrete irraggiungibili della persona, tanto che neppure lei è più a conoscenza della loro esistenza. Durante il sogno, il mondo del rimosso irrompe con tutta la sua forza espressiva raccontando il sotterraneo, l'indicibile, l'orribile per immagini grazie al meccanismo di significazione; l'immagine viene analizzata dallo psicoanalista nella sua funzione semantica, ad esempio egli indaga che cosa significa l'acqua in questo sogno e risponde "la sessualità".

Ora, la domanda che l'analista orientato antropologicamente si pone di fronte allo stesso sogno è piuttosto *perché proprio l'acqua*, poiché non è indifferente che

---

<sup>245</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 165.

<sup>246</sup> W. Shakespeare, *Romeo e Giulietta*, atto I, scena IV.



tale immagine dia copro ad un tale significato; ugualmente, non è detto che l'acqua significhi la sessualità, questo caso specifico si verifica solo presupponendo che il mondo che si disvela nel sogno è il mondo dei desideri rimossi, soprattutto libidici. Come ci ha insegnato l'antropoanalisi, questo è uno dei significati possibili, questo è uno dei mondi possibili. "L'analisi freudiana non riafferra mai che uno dei sensi possibili attraverso le scorciatoie della divinazione o i luoghi percorsi dalla probabilità: l'atto espressivo stesso non è mai ricostituito nella sua necessità. La psicoanalisi non accede che all'eventuale"<sup>247</sup> proprio mentre cerca di esaurire il contenuto del sogno, di scoprire che cosa significa e, nel portare a termine questo scopo, oggettivizza il soggetto applicando al suo sogno le categorie preordinate della sua teoria. Nei sogni che Freud ha analizzato e in seguito descritto nei suoi saggi<sup>248</sup>, il soggetto rivive la scena traumatica che ha portato alla rimozione del desiderio, alla cancellazione di un bisogno in qualche modo sconveniente o giudicato terribile; il soggetto, debole e inerte, gioca passivamente il suo ruolo già scritto insieme agli altri personaggi che rievocano il passato doloroso.

L'antropoanalisi respinge con forza questa oggettivizzazione considerando ogni personaggio, ogni immagine del sogno come un dispiegamento della presenza che sta sognando; "nel sogno, tutto dice 'io', anche gli oggetti e le bestie, anche lo spazio vuoto, anche le cose lontane e strane che ne popolano la fantasmagoria"<sup>249</sup> afferma Foucault ricostruendo la concezione antropoanalitica del sogno nella sua lunga introduzione al primo saggio espressamente antropologico di Binswanger<sup>250</sup>.

Sognare è la il modo in cui il soggetto fa esperienza di tutto il proprio mondo e non soltanto della sfera del dover-essere, propria della teoria freudiana.

Il caso Ellen West ha permesso a Binswanger di portare alla luce come psicoanalisi e antropoanalisi possano lavorare insieme per la comprensione di una figura antropologica e come, al contrario, vi sia una distanza irriducibile tra i due approcci. "L'antropoanalisi si attiene al fatto che l'essere uomo non è soltanto un

---

<sup>247</sup> M. Foucault, *Introduzione a L. Binswanger, Sogno ed esistenza*, op. cit., p. 24.

<sup>248</sup> Si vedano in particolare S. Freud, *L'interpretazione dei sogni*, 1899 e S. Freud, *Il caso di Dora. Frammento di analisi di un caso di isteria*, 1905.

<sup>249</sup> M. Foucault, *Introduzione a L. Binswanger, Sogno ed esistenza*, op. cit., p. 60.

<sup>250</sup> Cfr. L. Binswanger, *Sogno ed esistenza*, 1930.

dover-essere, ma anche un poter-essere e un aver-la-facoltà-di-essere, un essere-al-sicuro nell'essere in quanto totalità"<sup>251</sup>.

## §2. *La diagnosi*

Ecco arrivato il momento in cui Binswanger, da psichiatra direttore di una delle più prestigiose cliniche interniste del tempo, deve "pagare il suo tributo" alla professione, deve cioè discutere la diagnosi psicopatologica della sua giovane paziente.

Il problema diagnostico, molto arduo in questo caso, si impose con prepotenza e in modo collaterale alla fine del ricovero: poiché si correva il rischio che la donna ponesse fine alla propria vita in clinica, come continuava non a minacciare ma ad augurarsi da giorni, fino a pregare il marito, il medico e tutto il personale di lasciarla morire, Binswanger doveva decidersi se consigliare al marito il trasferimento nel reparto chiuso oppure assecondare il desiderio della paziente di essere rimandata a casa, anche se - tutti ne erano consapevoli - Ellen sarebbe tornata a casa propria per morivi. Indisse un consulto con Bleuler, suo maestro e dunque ugualmente aderente alla nosografia kraepeliniana, e uno *psichiatra straniero* al contrario non aderente alla teoria di Kraepelin sulla schizofrenia; i tre convennero sull'incurabilità della giovane paziente e dunque sull'inutilità di trattenerla ulteriormente in clinica, oltretutto contro la sua volontà, si risolsero dunque a lasciar partire Ellen West con il marito il pomeriggio stesso.

Al di là delle discordanze teoriche sulla diagnosi, i tre psichiatri - tra questi Binswanger stesso - lessero l'esistenza di un processo deteriorante in corso, causato da un malfunzionamento.

Quel complesso e inesauribile fenomeno che l'indagine antropoanalitica ha ricostruito pazientemente analizzando il materiale biografico, autobiografico e letterario di un arco di tempo di quasi diciassette anni e facendo tesoro delle testimonianze verbali della paziente, quel processo che si esplica nel progressivo restringimento della presenza dalla pienezza esistenziale al mondo come buco, quello stesso processo la psichiatria clinica lo chiama *psicosi*, ossia uno sviluppo

---

<sup>251</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 175.

morboso che coinvolge l'organismo alterando in particolar modo le funzioni del sistema nervoso. "Tenendo presente il risultato raggiunto dall'antropoanalisi, è senz'altro chiaro quanto radicale sia il processo *riduttivo* del quale il metodo clinico improntato sulle scienze naturali deve servirsi"<sup>252</sup> per poter affrontare un caso, il che significa, come si è mostrato nel primo capitolo di questo lavoro, classificare il "fenomeno abnorme" e rinvenirne le cause somatiche per somiglianza con casi sintomatologicamente simili.

Nell'ultima sezione dello studio del caso, Binswanger ricostruisce il complesso *iter* che lo ha condotto alla formulazione della diagnosi psicopatologica; queste pagine, scritte con la minuzia dell'osservazione e l'attenzione teorica che necessita uno studio di medicina, sollevano non poche questioni sulla figura dello stesso Binswanger. In queste pagine lo psichiatra racconta non soltanto la diagnosi che venne raggiunta, ma anche il percorso che ne consentì la formulazione ossia il confronto tra i tre psichiatri: Bleuler, lo *psichiatra straniero* non aderente alla teoria di Bleuler e Kraepelin sulla schizofrenia e Binswanger stesso.

*Il caso Ellen West* è stato scritto quasi vent'anni dopo le vicende della giovane paziente, l'antropoanalisi del caso è stata scritta *dopo* il ricovero; è dunque *posteriore* all'esperienza in clinica. Binswanger nel testo afferma più di una volta che non si tentarono approcci psicoterapeutici o psicoanalitici viste le condizioni psichiche della paziente, non si ha dunque ragione di pensare che l'analisi fenomenologica sia stata contemporanea alla permanenza di Ellen presso *Bellevue*, la logica porta a credere il contrario.

Ellen West è stata una paziente della clinica psichiatrica di Kreuzlingen di cui Binswanger era il direttore, è stata assistita come gli altri pazienti: al suo ingresso nella struttura, visita medica dettagliata sui problemi del metabolismo, della tiroide e ginecologici, impiego di sonniferi durante le notti e, infine, diagnosi psichiatrica per valutare se vi fosse un qualche effetto benefico nel trattenerla presso la casa di cura. La parte del saggio dedicata alla prognosi condivisa dai tre medici di incurabilità e il fatto che il caso Ellen West figurasse nel volume *Schizophrenie*, nel quale lo psichiatra svizzero si dedica interamente allo studio antropologico di queste esistenze chiamandole appunto *schizofreniche*, portano

---

<sup>252</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 178-179.

alla luce una contraddizione: Binswanger è colui che ha denunciato i limiti della psichiatria clinica classica nella comprensione dei pazienti, proponendo al contrario il meraviglioso esercizio fenomenologico che si è ricostruito con il caso Ellen West, *ma è anche* uno psichiatra, e non uno qualsiasi, bensì il direttore di una delle cliniche per malati di mente più famose dell'epoca, all'avanguardia nei metodi e nelle pratiche psichiatriche<sup>253</sup>. Non è possibile pensare che questi due aspetti siano stati vissuti come separati e tra loro impermeabili.

"Binswanger è una psichiatra. Non si crede di essere lontani dal giusto affermando che, nel dettare la sua lezione antropologica, egli abbia sempre tenuto presenti anche le configurazioni dell'alienità"<sup>254</sup> nota brillantemente Cargnello; al tempo stesso è probabile che solo uno psichiatra, un "addetto ai lavori" in psicopatologia, possa proporre una critica decisiva del suo assetto epistemologico e dei suoi metodi di approccio ai pazienti, grazie all'incontro con il lume della fenomenologia.

È l'inadeguatezza della diagnosi di schizofrenia e non la diagnosi in se stessa la vera protagonista della parte del saggio dedicata all'analisi psicopatologica del caso Ellen West.

Al pari della psicoanalisi e dell'antropoanalisi, anche l'analisi psicopatologica clinica attinge dalla storia della vita dei pazienti, questo aspetto narrativo del resto è la peculiarità che tutte le scienze mediche vantano rispetto alle scienze naturali. L'analisi clinica si rivolge allo stesso materiale biografico, autobiografico ed espressivo a disposizione degli altri approcci prestandovi però un'attenzione diversa, volta alla minuziosa e metodica indagine delle manifestazioni abnormi che il paziente presenta e ha presentato in passato, ricostruendo l'anamnesi della sua malattia. La storia della vita si trasforma così in storia della malattia, le espressioni linguistiche orali e scritte, centrali per l'indagine antropologica, sono considerate soltanto in base alla loro forma eccezionale, al loro rappresentare un'anomalia rispetto alla consuetudine; tutte le espressioni, gli stati emotivi, le alterazioni del comportamento e le manifestazioni fisiche del paziente sono considerati di uguale valore, si tratta di un insieme indeterminato di sintomi. In

---

<sup>253</sup> Riprendo questa delicata questione nel prossimo capitolo. Cfr. *infra* pp. 137-138.

<sup>254</sup> D. Cargnello, *Alterità e alienità. Introduzione alla fenomenologia antropoanalitica*, op. cit., p. 31.

psichiatria come in ogni altra branca della medicina, il sintomo è l'epifenomeno morboso causato dalla malattia che, come un'entità esterna che si è impossessata di un organo o dell'intero organismo del paziente e ne causa un difetto o un malfunzionamento. La malattia si cela dietro questi fenomeni abnormi, soltanto indagando i sintomi è dunque possibile svelare la patologia in atto: questo è il principio di ogni pratica medica, questo è il principio che conduce alla diagnosi.

Il giudizio psichiatrico si fonda sul sapere ottenuto dall'indagine dei sintomi: "in luogo dell'interpretazione fenomenologica compare la *diagnosi*, l'esatta indagine e la raccolta dei sintomi morbosi condotta con i metodi delle scienze naturali e l'inserimento di questi sintomi in quadri e categorie già noti"<sup>255</sup>.

Per l'esperto in psicopatologia, il progressivo svuotamento dell'esistenza di Ellen fino alla forma di "tomba" e "buco" rivelato dall'antropoanalisi non è altro che il sintomo di un processo morboso che ha attaccato in modo virulento l'organismo travolgendo le normali funzioni vitali; debellare il morbo presuppone conoscerlo in ogni suo minimo aspetto, è necessario inserirlo in una categoria patologica ben definita. Lo psichiatra segue il metodo di ricerca che le scienze positive gli suggeriscono utilizzando gli strumenti propri della sua professione, l'interrogatorio e l'osservazione clinica, *riducendo* il paziente ad un oggetto; la pienezza esistenziale dell'essere-nel-mondo del paziente viene ridotta a fatti e accadimenti riuniti in "un quid impersonale semplicemente presente"<sup>256</sup> chiamato *psiche* o *organismo psichico*. Il paziente è come diviso in due, tra il suo organismo corporeo e questa non ben definita *psiche*, conseguenza di questa

sorta di raddoppiamento [...] è il sorgere di una vana e oziosa contesa se l'uno organismo agisca sull'altro, se entrambi procedano parallelamente l'uno accanto all'altro o, "nel loro fondo", siano identici. Tutti questi sono pseudoproblemi e derivano da una mera *teoria* scientifica. Ad una considerazione filosofica, questi problemi si rivela insussistenti<sup>257</sup>

come mostra l'operato dell'antropoanalisi.

---

<sup>255</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 179.

<sup>256</sup> *Ivi*, p. 180.

<sup>257</sup> *Ibidem*.

a) *Ellen e Nadia*

Dopo queste premesse, Binswanger ricostruisce l'iter che lo condusse alla diagnosi del caso Ellen West.

In primo luogo, fu necessario rinvenire in letteratura un caso che fosse sintomatologicamente simile a quello della giovane paziente; era necessario che l'analogia riguardasse il tratto più spiccato della condizione patologica di Ellen West e cioè non tanto la semplice ostilità per l'ingrassare in seguito a delusioni amorose o per vanità, molto comune, dichiara Binswanger, nelle ragazze giovani, bensì la reale e tanto intensa *angoscia* di ingrassare. "Conosco un solo caso simile della letteratura scientifica, il caso Nadia di Janet"<sup>258</sup>, redatto nel quinto paragrafo del suo studio *La maladie du scrupule ou l'aboulie délirante* (1901), nella sezione dedicata all'*obsession de la honte du corps*; il lavoro, pubblicato nei mesi di aprile e maggio del 1901 sulla *Revue Philosophique*, è dedicato al fenomeno delle idee fisse, ossia "quelle idee che si impongono invincibilmente al pensiero, che scavano una nicchia nell'Io del paziente e che da lì producono le formazioni caratteristiche di questi malati: scrupoli, dubbi, impulsi, ossessioni, ruminazioni psichiche, allucinazioni"<sup>259</sup>. L'idea fissa di Nadia, proprio come per Ellen, è la paura di ingrassare, accompagnata da un sentimento di fame continua. Entrambe le pazienti hanno sviluppato una particolare *coazione* rispetto alla propria idea fissa, nel caso di Nadia è la coazione a fare domande concernenti il suo aspetto a conferma della sua magrezza, si tratta dunque di una coazione che si riversa nel mondo della coesistenza; Ellen, al contrario, sviluppa una coazione che non ha a che vedere con il mondo comune, è la coazione del pensiero interiore circa la sua condizione<sup>260</sup>. Nadia cerca di nascondere i cambiamenti del suo corpo durante la pubertà, ella soffre moltissimo queste trasformazioni, se ne vergogna; questo sentimento, centrale secondo Janet, la spinge a desiderare di essere *senza corpo*, il

---

<sup>258</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 181.

<sup>259</sup> S. Mistura, *Psicologia dell'ossessione tra scrupolo ed allucinazione*, in "Comprendre. Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques", n. 14, 2004, p. 48.

<sup>260</sup> Richiamo ad esempio una delle domande che Ellen si pone molto spesso: "Le basta domandarsi: 'Ellen, puoi mangiare un piatto normale di legumi o una frittella e dopo non prendere alcuna medicina?' - allora è colta da un vero e proprio panico e al solo pensarci le corrono pel cipro brividi di paura" L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 71-72.

rifiuto del cibo non è che una manifestazione di questa volontà. La vergogna per il proprio corpo che cambia si mostra nell'impossibilità di essere vista mentre consuma i suoi pasti, poiché il rumore della masticazione non deve essere udito da nessuno; anche Ellen non può mangiare in compagnia a causa del suo animalesco gettarsi sul cibo. Nadia è angosciata dalla possibilità di ingrassare, dunque di crescere e diventare una donna poiché ha paura di essere meno amata. Ellen non vuole restare bambina, ma soltanto giovane, assomigliare alle amiche eteree e raggiungere il suo ideale di magrezza; malgrado l'abbia detto solo una volta, Binswanger ritiene molto significativo il fatto che anche Ellen abbia accostato l'ideale di esser magra alla volontà di essere incorporea<sup>261</sup>. Le due giovani si rimproverano la voracità che le allontana dalla realizzazione del loro ideale, rimprovero che si tramuta in azioni nocive e violente contro il proprio corpo, responsabile della loro condizione degradante.

Il resoconto di Janet sul caso di Nadia è una relazione sulla successione cronologica dei sintomi della paziente, grazie a cui il medico conclude che l'idea fissa si è sviluppata a causa della paura di non meritare l'amore del prossimo, paura a cui si accompagnano sentimenti di vergogna e senso di colpa. In questa ricostruzione, per quanto coerente con il caso in questione, Nadia non viene considerata in base ai modi in cui fa esperienza del mondo o alle peculiarità della sua presenza, al contrario, il medico *prende* la paziente "*per qualcosa, precisamente per i suoi punti deboli*"<sup>262</sup> ossia per quei comportamenti bizzarri e anormali rispetto al comportamento comunemente riconosciuto come normale, come sano. Questi punti deboli vengono spiegati in base a quel sentimento alterato assunto come origine del problema, nel caso Nadia la *honte du corps*, Janet infatti si limita a constatare che ogni parte del corpo della giovane le provoca questo sentimento di vergogna. Dove la psicopatologia parla di sentimenti, "usando la più vaga e la più equivoca di tutte le espressioni psicologiche generali, per l'antropoanalisi incomincia propriamente il compito

---

<sup>261</sup> Cfr. L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 72: "Questo ideale di esser magra, di essere incorporea".

<sup>262</sup> *Ivi*, pp. 184-185.

della ricerca scientifica. Per questa disciplina la parola sentimento significa, in ogni caso, l'apertura di una problematica"<sup>263</sup>.

Aver correlato il sentimento di vergogna del corpo all'angoscia di ingrassare e aver posto questo meccanismo sullo sfondo del mancato amore non fornisce alcuna evidenza di ciò che realmente accade nella vita di Nadia, come del resto nella vita di Ellen.

La diagnosi binswangeriana del caso clinico di Nadia è di schizofrenia, come per Ellen West. Si tratta di una scelta spigolosa poiché da un punto di vista esclusivamente psicopatologico tale diagnosi è portata a termine per esclusione, in quanto i sintomi presentati dalle due giovani non rientrano in nessun'altra categoria patologica oppure ne tradiscono la coerenza.

#### *b) Il consulto tra gli psichiatri. Perché la schizofrenia*

A Ellen West sia Binswanger che Bleuler diagnosticano la schizofrenia alla fine del loro consulto con lo *psichiatra straniero*; diagnosticano la schizofrenia malgrado la paziente non presenti né un "difetto intellettivo", cardine di questa patologia, e neppure uno degli aspetti secondari più significati del processo schizofrenico come idee deliranti o allucinazioni, anzi, al contrario da un punto di vista prettamente psicopatologico Ellen West presenta molti caratteri non schizofrenici e per quanto riguarda l'ereditarietà si deve piuttosto rilevare dei precedenti familiari maniaco-depressivi. Binswanger mostra come dal punto di vista psicopatologico questa diagnosi si sia imposta poiché le altre plausibili non erano congrue con il profilo sintomatologico della paziente, descrivendo quali altre sindromi Ellen potrebbe presentare e perché invece siano state escluse.

Non si può parlare né di crisi di angoscia né di isteria: affinché si possa diagnosticare la crisi di angoscia, la paura di ingrassare dovrebbe essere diretta conseguenza della voracità, al contrario Ellen vive costantemente nel terrore di ingrassare, non importa se abbia mangiato o se stia o meno per nutrirsi, la voracità è un'altro aspetto di questo problema ma non ne è certamente la causa e anche quando Ellen reprime la sua bramosia è comunque angosciata. La diagnosi di

---

<sup>263</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 185.



isteria non è altrettanto adeguata poiché nell'essere ambiziosa e nelle sue bizzarre abitudini alimentari la giovane non sta cercando di catturare attenzioni, né ripetendo una presunta scena traumatica, la sua smania di manipolare e controllare gli altri va di pari passo con il controllo e la manipolazione di se stessa e del proprio corpo.

La voracità della giovane paziente che si getta sul cibo come un animale potrebbe essere definita *bramosia morbosa*, ossia una vera e propria mania che in questo caso sembrerebbe riguardare soprattutto i dolci, dunque *saccaromania*. In realtà, ad uno sguardo più attento si nota che il desiderio di Ellen non è insolito, non si manifesta cioè come un raptus, tipico invece dei casi di bramosia morbosa, bensì è costantemente presente, è un bisogno inappagabile. Il pensiero costante del cibo ricorda invece la dipendenza da morfina o da alcool, come i morfinomani che pensano costantemente alla siringa e come gli alcoolisti alla bottiglia, così Ellen ha sempre in mente la nota "scena del crimine", il momento in cui consumerà il pasto, raffigurandoselo quasi come un'allucinazione, un "incubo ad occhi aperti". "Ma né in questo né negli altri casi si può parlare di un vero e proprio pensiero coatto, si dovrebbe parlare di un bisogno coatto, cosa che però, d'accordo con Bleuler ed altri, io rifiuto"<sup>264</sup> dichiara Binswanger, aggiungendo anche che il tossicomane e l'alcoolista giungono ad un durevole appagamento del loro bisogno al momento della somministrazione della sostanza di cui sono dipendenti, mentre la sua paziente percepisce ancora di più la sensazione di vuoto una volta che ha consumato il suo pasto. Vi sono molti tratti morbosi nella vita di Ellen, eppure non si può parlare di mania o di tossicomania.

Non si può neppure parlare di coazione nel senso psicopatologico del termine, poiché per quanto Ellen abbia una coazione del pensiero circa il suo stato e la sua idea fissa, la coazione come patologia psichiatrica consiste nel trovarsi costretti come da una forza esterna a fare domande, a reiterare una determinata sequenza di azioni, a pensare continuamente in modo completamente generico, sconclusionato o privo di senso. Ellen pensa continuamente al suo corpo che ingrassa e alla sua fame inarrestabile non perché questi pensieri celano un contenuto autentico freudianamente rimosso, la giovane presenta questa coazione del pensiero poiché

---

<sup>264</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 202.

tutto si aggira intorno all'idea fissa che nei pensieri si manifesta. Vi è indubbiamente un'ossessione, l'ideale di magrezza e il pensiero del cibo *possiedono* la paziente, ma ella non ne è affatto all'oscuro come al contrario avviene nella coazione, Ellen descrive nelle sue poesie spettri, spiriti maligni che la inseguono paragonandoli al proprio ideale e al pensiero costante del cibo ma "a questo proposito sa benissimo, e anche lo dice, che è stata lei stessa a usarsi violenza. Come si vede, in nessun punto sono qui utilizzabili categorie psicopatologiche rigidamente circoscritte"<sup>265</sup>. Ellen è talmente consapevole della sua condizione e delle sue azioni che la psicoanalisi non ha potuto concludere nulla, non aveva nulla da svelare, ogni processo in corso è manifesto.

Lo *psichiatra straniero*, non aderente alla teoria di Bleuler e Kraepelin sulla schizofrenia, definì l'angoscia di ingrassare come *idea dominante*, ossia l'idea che determina tutto il corso della sua vita, si tratta di un'idea che sorge da una particolare esperienza vissuta, da un ricordo di un avvenimento che esercita una certa influenza sulla vita del paziente. Nella storia della vita di Ellen West non è possibile risalire ad un avvenimento di questo tipo, ad un'esperienza emotiva scatenante.

È il *carattere vago* e la *molteplicità* dei sintomi, circostanza a cui ancor sempre si è soliti badare ben poco, a provare in tali casi "nevrotiformi" il processo schizofrenico. Così, nel caso Ellen West constatiamo certo una generale *bramosia morbosa*, ma non una vera e propria "tossicomania" in senso clinico, constatiamo un'autonecessitazione *di tipo coatto* dei contenuti psichici, ma non tratti *nevrotico-coatti*, riveliamo interessi dominanti ma non un'idea dominante, fenomeni somato-psichici *prossimi al delirio*, ma non un delirio [...]. È il complesso di questi rilievi sintomatologici a condurre necessariamente alla diagnosi di schizofrenia<sup>266</sup>.

Anche la storia della malattia di Ellen West sfugge alle classificazioni nosografiche, se fondata solo sull'indagine psicopatologica la diagnosi di schizofrenia è obbligata ma inconsistente; Binswanger è consapevole di trovarsi di fronte a un muro che la psichiatria, lontana dalla luce dell'antropologia fenomenologica, non potrà mai scavalcare.

Nell'ultima parte del libro, lo psichiatra di Kreuzlingen descrive "il tentativo di illuminare il problema della schizofrenia"<sup>267</sup> grazie all'antropoanalisi.

---

<sup>265</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 206.

<sup>266</sup> *Ivi*, p. 215.

<sup>267</sup> *Ivi*, p. 224.

Il processo morboso in atto nella vita di Ellen è quello di un progressivo offuscamento del mondo che è tipico anche delle depressioni, solo la comprensione antropoanalitica riesce a mostrare come nel caso di Ellen l'offuscamento non sia momentaneo come invece accade nelle distimie, bensì progredisce anche nei momenti sereni, chiaramente non depressi. Ciò che mette in crisi la psicopatologia clinica è al contrario atteso dall'antropoanalisi: la vita di Ellen progredisce in maniera inarrestabile verso la forma del buco e del vuoto, concludendosi in un inferno dal quale non riesce più ad uscire se non scegliendo liberamente di morire. Perché la vita della giovane sia stata conquistata da questo procedere verso il raggrinzimento e la degradazione senza fine non è spiegabile né in base ad una disposizione, né all'ambiente, né all'ereditarietà; la comprensione può avvenire soltanto su un piano diverso da quello psicopatologico, un piano che sospenda l'urgenza di spiegare e concludere.

Il processo schizofrenico in atto nella vita di Ellen West è stato riconosciuto grazie all'indagine antropologica, come per gli altri casi della raccolta *Schizophrenie*, tale diagnosi "si appunta nella constatazione, se non di una frattura, di un'inclinazione della linea della sua vita"<sup>268</sup>, irreversibile se non nella realizzazione del gesto più estremo. L'altro criterio fondamentale per poter parlare di schizofrenia al presentarsi di queste trasformazioni esistenziali proviene sempre dall'antropoanalisi: il tempo. L'esistenza di Ellen viene restringendosi sempre più nel mondo sepolcrale, nella putrefazione del corpo e nell'essere-buco, come si è visto questi sono tutte espressioni del fatto che la sua esistenza si è fissata in un continuo passato, in un continuo già-essere-stata. Anche i soggetti depressi manifestano tale "supremazia del passato", ma nel caso di Ellen il passato è l'unica dimensione temporale di cui la donna può fare esperienza, il suo tempo non scorre più, non vi è presente e non vi è neppure possibilità di futuro, si è in presenza di un'*eternità del già vissuto*, un vissuto d'inferno e sofferenza. Questo è il cardine dell'esperienza schizofrenica, cardine che però può essere assunto solo in base all'indagine antropoanalitica.

---

<sup>268</sup> L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 215.

### III

## Itinerari di complessità

### 1. L'antropoanalisi come modello alternativo al riduzionismo

#### §1. *Psichiatria ed esercizi di filosofia antica*

La *Daseinsanalyse* rappresenta un punto di discontinuità rispetto al paradigma dominante della psichiatria clinica classica che, come si è visto con non poche difficoltà, cerca di conformarsi ai rigidi canoni scientifici riducendo la mente al corpo, la follia alla degenerazione, il paziente alla sua malattia.

Come il caso Ellen West ha illustrato, l'analisi fenomenologicamente orientata apre nuovi spazi e lancia nuove sfide sia alla psicopatologia che alla psicoanalisi, denunciando i limiti delle loro indagini che nascono e restano parziali poiché riferite al sistema scientifico-naturalistico da cui conseguono, per la psichiatria, la fondazione somatica e genetica delle malattie mentali e, per la psicoanalisi, la dottrina dell'*homo natura* che intende la vita psichica come dominata dagli istinti e dai meccanismi di rimozione. Si è visto come la psicoanalisi trovi la contraddizione nella prassi terapeutica rispetto al suo impianto teorico, scoprendosi antropologica più che naturalistica proprio nell'incontro tra l'analista e l'analizzato; al contrario, la psichiatria clinica, pur consapevole delle difficoltà a cui va incontro nel tentativo di attenersi rigidamente al paradigma organicistico, procede considerando i pazienti come malati di "nervi" o di "mente", alla ricerca del malfunzionamento o della lesione cerebrale<sup>269</sup>. Si è mostrato la problematicità di questo approccio specialmente nel trattamento della schizofrenia, forma nervosa che sfugge costantemente ad una precisa classificazione nosografica e che costringe gli psichiatri a formulare una diagnosi *per esclusione* più che per determinazione<sup>270</sup>.

Binswanger ha scelto Ellen West e la sua interessante forma di schizofrenia avanzata, tuttavia esente da tratti quali delirio e allucinazioni, come manifesto del

---

<sup>269</sup> Sulla psicoanalisi cfr. *supra* pp. 106-107.

<sup>270</sup> Cfr. *supra* pp. 114 ss.

suo progetto antropologico: indagare il paziente non come un oggetto mal funzionante bensì come soggetto che si trova ad essere in una particolare configurazione del suo essere-nel-mondo.

Grazie all'operato dell'antropoanalisi, la psichiatria clinica è

posta di fronte al compito, completamente nuovo, di vedere e di descrivere nella loro struttura antropologica quelle forme dell'esistenza umana che, da un punto di vista clinico, definisce malattie mentali e «nervose». Questo compito le deriva dall'aver compreso l'insufficienza dei termini moralistici e spesso spregiativi con cui, sovente, ancora sono designate le modificazione (le «minorazioni») delle forme di esistenza umana, e dall'aver allo stesso tempo compreso l'abisso esistente tra il contenuto di questi termini e il contenuto intrinseco, puramente scientifico, dell'inerente teoria clinica.<sup>271</sup>

L'operato della psichiatria clinica classica è possibile soltanto mettendo in atto un processo di selezione e riduzione delle forme dell'esistenza umana al fine di tradurle nelle forme cliniche di determinate patologie. Alla luce dell'antropoanalisi la psichiatria si trova come davanti ad un bivio: farsi branca minore della neurologia e dell'anatomia patologica restando fedele alla riduzione organicistica del significato della follia oppure riappacificarsi con il suo vero oggetto d'indagine, la *persona* nel suo complesso. Restare sul sentiero del rigore scienziata implica rinunciare alla possibilità di comprendere l'esistenza umana in generale, indagarne i "veri e propri problemi"<sup>272</sup> ossia, come sostiene Binswanger, i problemi dell'arte, della storia, dell'educazione, della religione, della libertà, problemi a cui può tentare di dare risposta soltanto un approccio che tenga conto dell'esperienza della persona in quanto essere-nel-mondo.

Comprendere la persona significa spogliare il paziente del suo "essere-malato": dal prenderlo come mero oggetto naturale studiabile e sezionabile meccanicamente al riconoscere il suo essere un *soggetto* che, in quanto tale, agisce, pensa, ama, perfino muore sempre in rapporto al *mondo*, inteso sia come l'ambiente, sia come spazio interiore e infine come mondo in comune con i Tu<sup>273</sup>. La psichiatria classica ha attuato questa rigida scissione del mondo in soggetto e oggetto, prestando attenzione solo alle deviazioni dei malati dalla vita del mondo

---

<sup>271</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 97.

<sup>272</sup> *Ibidem*.

<sup>273</sup> Cfr. *supra* p. 53.

in comune, concependo soltanto un ambiente unico ed obiettivo - la "realtà" -, uno scenario in cui gli uomini, considerati come gli oggetti del mondo fisico, si trovano a vivere.

Per portare a termine il lungo cammino sulla strada della comprensione dell'Essere-uomo nel suo complesso che l'antropoanalisi le ha indicato, la psichiatria deve tentare di ricomporre la frattura tra soggetto e oggetto, riaffermando il principio secondo cui non esiste presenza senza il mondo; come ogni scienza che si prefigga come oggetto l'essere umano, anche la psichiatria "non può scavalcare il fenomeno del mondo"<sup>274</sup> afferma Binswanger. L'azione semplificatrice dello psichiatra clinico coglie del malato solo il suo essere "fuori" dal mondo, l'aver smarrito il senso della realtà; come Binswanger ha illustrato nei suoi studi sulla schizofrenia, anche e soprattutto nei casi in cui il paziente esprime il suo smarrimento del mondo o il suo vivere in un altro mondo è possibile comprendere la sua presenza proprio riferendosi al fenomeno del mondo e alla struttura estremamente complessa dell'essere-nel-mondo.

"La grande impresa storica di aver «scoperto» scientificamente il fenomeno del mondo [...] è merito dei Greci e innanzitutto di Eraclito. Con i Greci si pone per la prima volta per l'uomo il problema filosofico della trascendenza"<sup>275</sup>, intendendo con trascendenza non il percorso di elevazione dell'uomo dal suo essere umano finito verso la sfera dell'assoluto, bensì lo sviluppo del singolo dalla sua condizione natale verso il suo *vivere*, il creare la propria storia.

Al pensiero greco e in particolare alla misteriosa figura di Eraclito Binswanger dedica il saggio *La concezione eraclitea dell'uomo*<sup>276</sup>; in queste pagine avviene l'incontro tra il filosofo del V secolo a.C. e i termini dell'antropoanalisi, alla ricerca delle origini di questo approccio complesso all'Essere-uomo di cui Eraclito è considerato il primissimo precursore.

Il confronto con le parole oscure e singolari del filosofo greco porta lo psichiatra ad interrogarsi sul suo agire, dichiara Binswanger, poiché nel discorso

---

<sup>274</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 99.

<sup>275</sup> *Ivi*, p. 100.

<sup>276</sup> In L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit.

eracliteo, oltre alle riflessioni sul cosmo e sul mondo fisico, si trova per la prima volta una "profondità psicologica, [...] una psicologia degna di questo nome"<sup>277</sup>.

Secondo questa esegesi, la peculiarità eraclitea è aver stabilito una corrispondenza diretta tra la cosmologia e la psicologia andando alla ricerca delle misteriose relazioni tra il microcosmo e il macrocosmo, concependo il mondo in quanto "corrispettivo dell'anima"<sup>278</sup>. I frammenti di Eraclito<sup>279</sup> esprimono quella che, in termini moderni, può essere definita tensione antropologica ossia l'importanza di comprendere che cosa sia l'uomo a partire dall'analisi di se stesso: "ho cercato me stesso" (fr. 101).

La conoscenza di se stessi è una ricerca lunga tutta la vita, è una strada in salita; la volontà d'intraprenderla e di portarla a termine distinguono l'uomo virtuoso dalla folla incosciente poiché, per quanto "ad ogni uomo è [sia] concesso conoscere se stesso ed essere saggio" (fr. 116), il cammino è talmente incerto e tortuoso che i più si perdono e abbandonano. Eraclito introduce il preciso concetto di *phronesis*, destinato ad entrare nel lessico filosofico antico: "comune a tutti è pensare (*to phronein*)" recita il frammento 113, un "pensare pratico" che riguarda il cogliere le verità della natura e la conoscenza di se. La *phronesis* è la dimensione comune degli uomini che si incamminano verso virtù e conoscenza, lo spazio in cui regnano la giustizia del pensare e la *sofia*. Essere nella "situazione della *phronesis*"<sup>280</sup> implica percorrere serenamente la strada della propria vita, perseguendo verità e conoscenza, agendo nel modo calmo e ponderato che è proprio del saggio; questo stile di vita è ciò che distingue l'uomo dagli animali: l'essere umano è portato a *realizzarsi* e non semplicemente a sopravvivere, la sua esistenza si esprime nel trascendere dallo spazio vitale che la natura gli ha destinato con il proprio divenire, farsi storia.

---

<sup>277</sup> Binswanger si riferisce allo studio *Parmenides und die Geschichte der griechischen Philosophie* (1916), letto e apprezzato, tra gli altri, da Heidegger, del filologo Karl Reinhardt. L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit. p. 10.

<sup>278</sup> *Ivi*, p. 105.

<sup>279</sup> Per i testi di Eraclito mi riferisco all'opera di Diels-Kranz nella tradizione italiana di G. Reale, *I presocratici*, Firenze, Nuova Italia, 1967.

<sup>280</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 110.

Al contrario dell'uomo virtuoso, l'animale e, purtroppo, anche gli uomini della massa<sup>281</sup> non hanno progetti, preferenze, desideri, sogni, ma seguono ciecamente l'immediatezza dei propri bisogni senza interrogarsi sulla propria esistenza, aderiscono a quello spazio in cui la natura li ha *gettati* senza aspirare ad alcunché di diverso. La moltitudine è mossa dall'opinione e dall'errore (*idion*: malinteso, errore, menzogna); invece di seguire la saggezza comune sulla strada del *logos* gli uomini perseguono la propria pseudo-*phronesis* individuale, credono di avere una visione personale come credono ai cantori popolari dimenticando che "bisogna dunque seguire ciò che è comune" (fr. 2).

L'errore a cui va incontro l'uomo della moltitudine sulla strada della conoscenza si ripete nel mondo della *polis* in quanto, come il *logos*, anche il *nomos*, la legge della città, è comune: affinché le città siano ben governate gli uomini devono obbedire alle regole di convivenza condivise che migliorano la collaborazione e l'umano consorzio; purtroppo, ognuno pensa e presume di aver ragione perseguendo il proprio interesse privato, perdendo di vista ciò che è comune. Eraclito accosta il vivere di ognuno secondo questa pseudo-*phronesis* privata all'agire nel sonno, al sognare a cui contrappone la vera dimensione della *phronesis* comune: all'inizio del suo scritto si legge infatti che i molti ignorano il *logos* comune così come "rimane celato ciò che fanno da svegli, allo stesso modo che non sono coscienti di ciò che fanno dormendo" (fr. 1). Coloro che sono svegli abitano il mondo comune della *phronesis*, coloro che dormono invece si ritirano nel mondo proprio, credendo di essere esclusi dal vivere in comune; al contrario, ed è decisivo per Binswanger, "dati i vincoli indissolubili che tra i Greci in generale e in Eraclito in particolare legano il pensiero antropologico con quello cosmologico, anche i «dormienti» operano e collaborano a ciò che accade nell'universo"<sup>282</sup>.

Il dormiente si distrae dal mondo comune appartandosi nel suo mondo interiore, il mondo delle sue personali opinioni e dei suoi desideri privati; è dunque del tutto assente in Eraclito una connotazione passiva del sonno, anzi:

---

<sup>281</sup> "Poiché una cosa sola preferiscono i migliori a tutte le altre, la gloria eterna a ciò che è mortale. I molti invece vogliono saziarsi, come le bestie" Cfr. fr. 29.

<sup>282</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 116.



sognando gli uomini si coltivano la propria interiorità e in questo non vi è nulla di male, è tuttavia necessario fare attenzione poiché rinchiudersi troppo a lungo nei propri sogni porta a smarrire i legami con il mondo in comune.

Dal punto di vista dell'antropoanalisi questa descrizione del sonno e della veglia in funzione dell'idea dell'uomo è di fondamentale importanza: l'uomo eracliteo abita nel mondo della prassi, il *koinos* (comune) *kosmos*, e nel proprio universo interiore, l'*idios kosmos*; non si tratta di mondi in senso puramente spaziale bensì il termine *kosmos* indica una *condizione*, il preciso *trovarsi* dell'uomo tra i due estremi esistenziali: l'interiorità e la vita della *phronesis*.

*Kosmos* equivale a ciò che Binswanger, sulle orme di Heidegger, chiama modo di *essere-nel-mondo* della presenza, quella trascendenza mondana che si esprime nel compiere passi lungo la strada dalla propria vita, assumendo varie configurazioni, ora procedendo a passo sicuro nel mondo in comune, ora ritirandosi nel proprio mondo interiore. Questo *idios kosmos* è un determinato modo di vivere, un malinteso, un errore rispetto al mondo in comune, ma pur sempre un percorso che l'uomo conduce seguendo la sua personale opinione, la sua pseudo-*phronesis* che ha le sue regole e le sue leggi particolari opposte a quelle comuni; diventare saggi per Eraclito significa riuscire a destreggiarsi tra lo smarrimento in se stessi, proprio dei dormienti, e la saggezza universale del *koinos kosmos* poiché il mondo in cui gli uomini vivono è sempre in comune.

Il *kosmos* di Eraclito è un mondo instabile, un mondo relativo alla presenza dell'uomo ed ai suoi fondamenti e questo mondo inerisce, quale norma e limite transitori, all'esistenza. È, questa, una nozione di fondamentale importanza per qualunque antropologia come per la psicologia. Non soltanto la psicosi può essere così compresa a partire dai mondi, dai limiti, e dalle norme transitori in cui il singolo ammalato vive e da cui è compenetrato e determinato; ciò vale anche per i sogni, per qualsiasi "sentimento" e, in generale, per qualsiasi modo dell'*Erlebnis* sia del malato che del sano<sup>283</sup>

Binswanger rimprovera agli psichiatri di rivolgere la loro attenzione soltanto alle deviazioni dei malati dalla vita del *koinos kosmos*, trascurando totalmente il fatto che l'uomo - ogni uomo - abita anche in un mondo privato, ed è proprio la configurazione di questo *kosmos* singolo in relazione al mondo comune della

---

<sup>283</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 119.

prassi a dirci realmente qualcosa di quella determinata persona, sia essa "sana" o "malata".

La concezione eraclitea del sonno non esprime alcun connotato caotico, passivo o irragionevole: il sogno non è il "giardino interiore della fantasia"<sup>284</sup>, ma una dimensione attiva, quell'universo privato in cui colui che dorme ritrova l'intimo contatto con se stesso; il monito di Eraclito affinché gli uomini non si comportino da svegli come quando dormono è comprensibile poiché è nel mondo in comune che la vita si svolge, nell'incontro con gli altri, in quel mondo della prassi che per Ellen West era ormai divenuto inespugnabile, trovandosi completamente smarrita nelle regioni del mondo proprio.

Nonostante le ovvie incongruenze rispetto ad una concezione moderna di esistenza dipendenti in primo luogo dai principi a-storici della cosmologia del filosofo<sup>285</sup>, l'uomo di Eraclito ha una missione da portare a termine, il senso della sua stessa vita: *divenire se stesso*, realizzarsi nel difficile contrasto tra il suo universo interiore e il mondo in comune, tra l'*idios* e il *koinos kosmos*. "Eraclito ha sempre di mira l'intero uomo, l'uomo in carne e osso, nella sua vita"<sup>286</sup>, un uomo in cui la soggettività non è trascurabile né omettibile, ma anzi, è uno dei "mondi" che determinano la sua esistenza pubblica, vissuta nello spazio della coesistenza e della prassi.

Questi gli aspetti che portano Binswanger a vedere nella figura misteriosa del filosofo greco colui che mette in questione le rigide convinzioni della psichiatria, poiché lega indissolubilmente l'individuo al mondo, rendendo impossibile considerarlo come un mero oggetto, trattabile asetticamente in uno spazio neutro oggettivo. La psichiatria e la psicologia contemporanee hanno troppo a lungo mutilato l'uomo del suo statuto di soggetto, considerando oltremodo dannoso lasciar entrare in gioco gli aspetti propri della singolarità e della personalità del paziente, ridotto a oggetto da sezionare, e del medico, costretto ad assumere il

---

<sup>284</sup> M. Foucault, *Introduzione* a L. Binswanger, *Sogno ed Esistenza*, op. cit., p. 50.

<sup>285</sup> La dimensione storica dell'universo è sconosciuta presso i Greci e in questo Eraclito non fa eccezione. Il *kosmos* è in sé senza limiti, senza fine e senza inizio, universo ordinato perfettamente da leggi eterne ed immutabili che muovono gli eventi in un divenire continuo a cui gli uomini partecipano.

<sup>286</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 134.

ruolo che l'organizzazione clinica gli ha destinato spogliandolo delle sue peculiarità di persona.

Nuovi orizzonti per la psichiatria, anzi, antichissimi, si aprono alla luce della fenomenologia di Binswanger.

## §2. Un "oggetto" molto speciale: dall'interrogatorio al dialogo

Come si è mostrato nell'analisi del caso Ellen West, la ricerca psicopatologica si muove indagando gli aspetti dell'oggetto studiato - il malato - che rientrano nella sfera funzionale dell'organismo psico-somatico, valuta cioè lo stato delle facoltà cerebrali come memoria, parola, associazione, lo stato delle facoltà fisiche-motorie e la storia cronologica dei sintomi, così resta escluso un universo di manifestazioni proprie del *soggetto-paziente*. La proposta dell'antropoanalisi è prendere in considerazione questo "universo" inevitabilmente ignorato, nascosto, rimosso dalla clinica asettica e porlo al centro dell'indagine, passando dunque dallo studio dalle *funzioni di vita* alla *storia della vita interiore*<sup>287</sup>. Il soggetto che lo psichiatra ha di fronte non si esaurisce con le sue funzioni organiche, psichiche o fisiche, poiché queste stesse *funzioni di vita* non hanno consistenza se non si riferiscono ad una persona concreta nella sua interezza: vi è "una e medesima persona reale [...] che ha un organismo funzionante così e così e che vive una storia interiore in questo o quel senso atteggiata"<sup>288</sup>, ogni tentativo che voglia dar conto di cosa sia l'Essere-uomo deve tener conto di questa unione, inavvicinabile se lo psichiatra procede applicando il rigido procedimento d'analisi mutuato dalle scienze naturali. L'autenticità della conoscenza psichiatrica e psicologica trovarsi solo rinunciando ai vuoti tentativi di emulazione del metodo delle scienze naturali per individuare un nuovo metodo che si adegui ai suoi veri "oggetti", la vita del singolo e le proprie esperienze; come nota Elisabetta Basso "la necessità di trovare per la psichiatria una forma di scientificità alternativa a quella delle scienze

---

<sup>287</sup> Cfr. il saggio L. Binswanger, *Funzione di vita e storia della vita interiore* in *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit. pp. 43-66.

<sup>288</sup> *Ivi*, p. 46.

naturali è d'altra parte il problema che sta più a cuore a Binswanger<sup>289</sup>, è il nodo cruciale da cui si sviluppa l'impegno antropoanalitico.

La speranza dello psichiatra svizzero è riuscire a definire per l'antropoanalisi delle radici epistemologiche stabili e una prassi scientifica; è un progetto molto ardito: tentare di superare scientificamente quell'abisso che separa il nostro mondo da quello dei malati, penetrando la storia della loro vita inaugurando una connessione inedita e autentica con loro anche in quei casi - per esempio i soggetti autistici - in cui sembra effettivamente impossibile.

Impossibile non ritrovare un'eco freudiana: nonostante le critiche che Binswanger muove a Freud, a suo parere responsabile di aver concepito un sistema teorico che riduce la persona all'*homo natura* e i suoi problemi ai conflitti tra la società e i suoi istinti, lo psichiatra svizzero trae grandissimo insegnamento dalla prassi psicoanalitica. Al di là delle contraddizioni teoriche su cui la teoria freudiana riposa, ciò che interessa a Binswanger è l'enorme cambio di prospettiva che la psicoanalisi come terapia ha apportato all'approccio al paziente, approfondito dallo psichiatra nel saggio *Psicoanalisi e psichiatria*:

Abbiamo visto come la psichiatria si allontani di molto dalla personalità unitaria, [...] la psicoanalisi invece procede esclusivamente dalla *personalità*, non perde mai di vista la personalità nel suo complesso, considera la malattia non come un'intrusione estranea bensì come un frammento, immerso in un flusso continuo, della personalità vivente.<sup>290</sup>

Durante la terapia psicoanalitica, molto diversa dall'interrogatorio mattutino in clinica tra lo psichiatra e il paziente, avviene un incontro tra due persone: da un lato l'analista che, per quanto sia tenuto ad intervenire il meno possibile e cerchi di giocare un determinato ruolo al di là della sua soggettività, ha un interesse attivo nei confronti della persona che ha di fronte, interesse che aiuta quest'ultima a provare veri e propri sentimenti per lui, secondo il meccanismo del *transfert*; dall'altro lato, solitamente disteso oppure seduto in libertà, si trova il paziente, l'analizzato che, nella quiete di uno studio che somiglia ad un salottino più che ad un ambulatorio, solletica i suoi ricordi e si racconta, facendosi oggetto di

---

<sup>289</sup> E. Basso, *Da Foucault a Foucault passando per Binswanger* in S. Besoli (a cura di), *Ludwig Binswanger. Esperienza della soggettività e della trascendenza dell'altro*, op. cit. p. 602.

<sup>290</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 216.

osservazione ma anche un soggetto ascoltato. Si tratta di un rapporto in teoria ben definito e rigido, ma che nella prassi tradisce questi stessi fondamenti: la terapia psicoanalitica indaga la *storia di vita interiore* del paziente cercando di riportare alla luce i nodi taciuti e problematici del suo mondo interiore, alla ricerca di quell'evento remoto - in termini psicoanalitici il *trauma*<sup>291</sup>, solitamente *infantile* - che ha dato origine al progressivo distacco tra il mondo interiore e l'ambiente esterno, frattura *rimossa* dalla coscienza, eppure viva nella solitudine profonda dell'*inconscio*, espressa ad esempio nei *sogni*. L'analisi binswangeriana di quelle forme di esistenza chiamate schizofreniche ha inizio proprio da questa stessa presa di coscienza dell'avvenuto distacco tra l'interiorità e il mondo, ma, poiché l'antropoanalisi non vuol essere una teoria da verificare concludendo alcunché, non le interessa svelare l'evento traumatico - se presente - né *interpretare* alla luce di questo la storia della vita del paziente; il lavoro dello psicoanalista, al contrario, è decisamente orientato a rintracciare nelle esistenze tormentate in cui si imbatte i meccanismi della sua metapsicologia, come i traumi personali e sempre particolari che hanno dato origine a *complessi* presenti in ogni persona e più acuti nei pazienti<sup>292</sup>.

Nonostante i limiti che Binswanger imputa a Freud, non lontani dai termini del dibattito odierno sulla validità della psicoanalisi<sup>293</sup>, l'approccio psicoanalitico alla *singularità della persona* è un punto di inizio imprescindibile per ogni psicoterapia quanto per ogni disciplina medica: per quanto cerchino di essere scienze esatte, la medicina in generale e la psichiatria in particolare sono anzitutto scienze della persona in quanto non riescono ad oltrepassare la dimensione della singularità della persona, se non con stridenti tentativi che non reggono la prova del tempo.

È possibile leggere la storia della costituzione della psichiatria dall'alienistica delle origini ai giorni nostri come il tentativo di aggirare gli aspetti soggettivi,

---

<sup>291</sup> Sul significato del trauma non come evento "innocente" bensì come concetto *costruito*, rimando all'analisi di Ian Hacking, *infra* pp. 165-166.

<sup>292</sup> Cfr. *supra* p. 79.

<sup>293</sup> L'argomento è molto vasto e affrontato da molti punti di vista. Tra i contributi di autori italiani si ricordano E. Fachinelli, *Su Freud*, Milano, Adelphi, 2012 e L. Trisciuzzi, C. Fratini, M. A. Galanti, *Dimenticare Freud? L'educazione nella società complessa*, Scandicci, La Nuova Italia, 1998.

trasformando la follia in malattia mentale e la *storia della vita interiore* di ogni singolo paziente in complessi sintomatologici ordinabili e categorizzabili:

il paradosso o forse l'impresa che può apparire persino titanica è stata quella di prendersi carico dell'irriducibile singolarità umana – e dunque di quel continuo cangiante che porta con sé l'arricchimento individuale, la digressione – per asservirla alla omogeneità seriale e alla ripetitività del prodotto fisico-naturale. Ridurre soggettività a classi di elementi regolari, tracciare linee di conoscenze omogenee, è stato anche il modo per marcare il giusto distacco dell'osservatore e fornire di autorevolezza la disciplina psichiatrica.<sup>294</sup>

Nel tentativo di eludere gli elementi soggettivi e personali sia del curato che del medico, segno di debolezza epistemologica, la psichiatria ha chiamato la follia malattia e ridotto la persona sofferente ad oggetto di sezionare, andando alla ricerca di cause organiche o genetiche del suo stato "anormale", destinando il trattamento della singolarità ad un momento specifico, retto da regole ben precise: l'interrogatorio.

Come si è visto nel primo capitolo di questo lavoro, l'interrogatorio-confessione all'ingresso del folle in manicomio delle origini e l'interrogatorio-ispezione compiuto ogni mattina in clinica dal medico di turno sotto gli occhi attenti di allievi e specializzandi, ai tempi di Kraepelin come oggi stesso, sono centrali nella prassi psichiatrica non solo in quanto strumenti di dominazione e ordine, ma anche perché è proprio in quel momento che il medico può indagare le condizioni del pazzo, studiarlo per raccogliere informazioni che accresceranno il suo sapere, *forzando* il soggettivo e il personale verso l'oggettività e l'evidenza<sup>295</sup>. Non è intersoggettiva né aperta all'ascolto e al rispetto della singolarità del paziente, ma certamente quella che si istaura grazie alla struttura dell'interrogatorio tra malato e psichiatra è pur sempre una relazione; ciò che Binswanger mette in dubbio è l'utilità di questa relazione rigida e asettica ai fini di aiutare realmente i pazienti sofferenti che affollano le cliniche, poiché invero come il caso di Ellen West ha messo in luce, questo mero procedere tecnico e oggettivante della psichiatria non è in grado di mettere in contatto il nostro mondo

---

<sup>294</sup> V. Fiorino, *Spazi del sé. Riflessioni sul "soggetto" attraverso i modelli e le pratiche psichiatriche in Italia tra Ottocento e Novecento*, op. cit., p. 16.

<sup>295</sup> Sull'interrogatorio cfr. *supra* pp. 38 ss.

con quello in cui vivono i malati, come giustamente notano Cargnello e Giacanelli<sup>296</sup>.

La lezione psicoanalitica e l'ispirazione della fenomenologia portano dunque Binswanger a dubitare non soltanto dei principi epistemologici della psichiatria del suo tempo, ma anche dell'agire terapeutico dello psichiatra: se essere in relazione è l'unico modo in cui si dà l'esperienza clinica e se penetrare il mondo del paziente è possibile solo restituendogli lo statuto di soggetto, allora l'interrogatorio deve divenire *dialogo* e un dialogo - come Socrate ha insegnato - è solo *qui e ora*, può essere solo scambio vivo tra due soggetti, sfugge ad ogni protocollo artificiale preordinato.

Minkowski dedica molte pagine dei suoi scritti all'importanza di istituire un dialogo con i pazienti che si spinga ben al di là delle interrogazioni sulla loro capacità di corretto orientamento spazio-temporale, aprendosi ad un'azione terapeutica più vicina allo scambio psicoanalitico. Come per Binswanger, anche per lo psichiatra francese, sulle orme della filosofia di Bergson, l'uomo non si dà se non in relazione con l'ambiente, dove per "ambiente" si intendono anche e soprattutto i molti altri Tu che egli incontra sulla sua strada poiché "*il me e l'altro nella loro reciprocità è un fenomeno assai più originario del semplice me che, come tale, in fondo non significa assolutamente nulla*"<sup>297</sup>; anche la relazione tra paziente e psichiatra è una relazione interumana in cui si incontrano non un camice bianco indagatore e dominatore e un oggetto affetto da una malattia da analizzare, bensì due persone, con le loro emozioni, le loro aspettative, le loro peculiarità.

Nella trascrizione di una conferenza tenuta nel 1935 ad un pubblico di studenti di medicina - *Sulla psicoterapia* - Binswanger, riflettendo appunto sulla pratica terapeutica, delinea i fondamenti destinati ad affascinare ed ispirare profondamente una generazione di psichiatri, anche in Italia se con non poco

---

<sup>296</sup> D. Cargnello e F. Giacanelli, *Introduzione* a L. Binswanger, *Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 16.

<sup>297</sup> E. Minkowski, *Verso una cosmologia*, a cura di E. Borgna, Torino, Einaudi, 2005, p. 182.

ritardo<sup>298</sup>. La condizione necessaria affinché sia data possibilità di riuscita di un trattamento psicoterapeutico non risiede nelle tecniche utilizzate o nel semplice compiersi della *prestazione* del medico nei confronti del paziente; la psicoterapia può agire in quanto "essa non è che un aspetto particolare delle azioni che dovunque e sempre l'uomo ha esercitato sull'uomo, sia che si tratti di un'azione suggestiva e sedativa, oppure spronatrice ed educativa, ovvero puramente comunicativo-esistenziale"<sup>299</sup> e tutte queste azioni dell'uomo sull'uomo, dell'incontro tra una presenza e un'altra non hanno alcun fondamento misterioso o insolito, ma sono l'essenza stessa dell'essere-nel-mondo come coesistenza, l'*être-à-deux* minkowskiano<sup>300</sup>.

Il rapporto tra il medico e il paziente rientra perfettamente nell'essere-insieme delle altre relazioni interpersonali, nella sfera della *communio*: una relazione interpersonale in cui due soggetti si incontrano, dando e ricevendo qualcosa l'un l'altro. Centrale ascoltare il paziente: il contenuto delle sue frasi quanto la loro forma e l'osservazione dei suoi movimenti come della sua quiete, non poiché rappresentano sintomi riconducibili a quadri nosografici, bensì in quanto è attraverso questi fenomeni che la persona racconta il difficile rapporto tra il suo *idios kosmos* - i propri sogni, i propri desideri, le proprie inclinazioni, le proprie angosce - e l'ambiente, il mondo in comune della prassi.

Al tempo stesso, il medico non deve limitarsi al ruolo di osservatore - in questo Binswanger invero si allontana da Freud - e neppure giocare la parte di inquisitore e dominatore che l'istituzione manicomiale gli ha destinato: allo psichiatra spetta il difficile compito di essere se stesso comportandosi *e* come Sé autentico *e* come

---

<sup>298</sup> Come si è già notato rispetto al "caso Kraepelin" (Cfr. *supra* p. 35), nel nostro Paese gli ambienti medici in generale e quelli psichiatrici senza alcuna eccezione, universitari o ospedalieri che fossero, hanno manifestato non poche ostilità e resistenze ai cambi di prospettiva e d'indirizzo portati dalla diffusione di nuove correnti in altri stati europei. In particolare, l'indirizzo fenomenologico in Italia ha conosciuto una diffusione tardiva rispetto agli altri paesi europei da un lato poiché sotto la segregazione scientifica del regime fascista primeggiava l'approccio organicistico che orientava le ricerche nel campo, ritenuto più sicuro, della neurologia, approccio che ha regnato indiscusso per decenni; dall'altro lato anche quando iniziò a formarsi una classe di psichiatri-fenomenologi - dalla fine degli anni quaranta in poi - vi era ben poca circolazione delle opere tradotte, soprattutto di Binswanger poiché, come ci spiegano Cargnello e Giacanelli, "la trasposizione in italiano del linguaggio della *Daseinsanalyse* non è davvero impresa da poco" Cfr. D. Cargnello e F. Giacanelli, *Introduzione a L. Binswanger, Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., pp. 5-6.

<sup>299</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 139.

<sup>300</sup> E. Minkowski, *Verso una cosmologia*, op. cit., p. 182.



medico. "Dobbiamo chiederci in primo luogo se e in che misura l'essere-medico inglobi anche l'essere-uomo, e se fino a qual punto esso vi «aggiunga» qualcosa di nuovo"<sup>301</sup> poiché la reciprocità tra medico e paziente, afferma Binswanger, è sì una relazione tra due soggetti, ma una relazione che ha un fine ultimo che trascende il rapporto stesso: *curare*, o meglio *aiutare* grazie all'esercizio delle competenze mediche il paziente. Per quanto si tratti di una relazione interpersonale animata da sentimenti autentici, come accade negli altri rapporti esistenziali, la situazione dell'essere-insieme di chi cura e chi è curato è anche e soprattutto una *prestazione*, dove il primo impiega la sua *téchne medica* verso l'altro.

Il tema del dialogo ricorre in tutta la storia della psichiatria clinica: in Pinel il medico lo usa come strumento potentissimo per oggettivizzare il folle e sottoporlo al trattamento morale, Kraepelin se ne serve come strumento per "auscultare" i sintomi e classificarli in forme morbose e Freud, seppure con un'impostazione meno oggettivante, per far confessare l'analizzato. Su questo tema in Binswanger si scorge una contraddizione, uno scarto tra il fenomenologo e lo psicopatologo<sup>302</sup>.

Binswanger è un medico, egli non perde mai di vista quello che, al di là della teoria e delle riflessioni epistemologiche, è il vero fine dell'operato del terapeuta: penetrare l'interiorità dei pazienti grazie all'analisi fenomenologica e cercare di carpire il senso delle loro manifestazioni non sono atti creativi fini a se stessi, né tecniche per accrescere le conoscenze nosografiche, sono atti che non hanno altro scopo se non sperare, una volta compreso un poco dei mondi in cui vivono queste persone, di esser loro d'aiuto, di alleviare le loro sofferenze, accendendo e ridestando "nell'ammalato la «scintilla divina», quella scintilla che può essere accesa o ridestata soltanto dalla comunicazione autentica da esistenza ad esistenza"<sup>303</sup>.

Direttore dell'illustre clinica di *Bellevue*, allievo e collega di Bleuler e Kraepelin, lo psichiatra svizzero ha aderito al sistema nosografico dei suoi maestri e la clinica da lui diretta era organizzata non diversamente dalle altre cliniche di

---

<sup>301</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 140.

<sup>302</sup> Cfr. *supra* p. 114.

<sup>303</sup> *Ivi*, p. 150.

lusso del tempo, vi si praticavano tutte le terapie, anche le più invasive. In un interessante articolo Chantal Marazia<sup>304</sup> analizza i trattamenti a cui venivano sottoposti i pazienti di Kreuzlingen: elettroshock, lobotomie, insulino-terapie non erano certamente sconosciuti tra le eleganti stanze di *Bellevue*, struttura che vantava una clientela illustre, composta tra gli altri anche da alcuni artisti. Binswanger afferma più volte che la sua posizione rispetto alle terapie invasive è un assecondare piuttosto che un credere fermamente nella loro riuscita<sup>305</sup>, Marazia è portata a concludere che "lo standard socio-economico dei suoi pazienti esigeva terapie all'avanguardia e successi tangibili; è dunque probabile che le scelte terapeutiche di Binswanger siano state determinate da questa circostanza"<sup>306</sup>, dall'esigenza di tenere alto il prestigio della clinica. Al tempo stesso scopriamo una nuova contraddizione: dall'analisi di alcune cartelle cliniche emergerebbe una decisiva renitenza dello psichiatra a trattare i pazienti dotati di grande livello intellettuale o talento artistico con i metodi invasivi; Marazia ipotizza - suggestione da confermare grazie ad un futuro studio sistematico di tutte le cartelle disponibili, moltissime, se si pensa che Binswanger diresse la clinica dal 1911 al 1956 - che "la selezione delle singole terapie adottate potesse dipendere, più che dalla sintomatologia, dalla levatura culturale e intellettuale dei suoi pazienti"<sup>307</sup>.

Queste informazioni sul Binswanger psichiatra gettano forse un'ombra sul suo impegno fenomenologico, mi sembra tuttavia opportuno sottolineare che le cose non sono così semplici: l'interesse per l'intelletto e le doti artistiche dei suoi pazienti per esempio sembra lanciare un ponte tra l'impegno antropoanalitico e la

---

<sup>304</sup> C. Marazia, *L'internamento dei grandi: Ludwig Binswanger e la clinica Bellevue*, in "Medicina & Storia", vol. 10, 2005, pp. 75-92.

<sup>305</sup> Binswanger scrive infatti nella cronaca da lui stesso redatta in occasione del centenario della clinica: "Dalla cura del sonno ho desistito quasi completamente, poiché i pericoli essa legati non mi sembravano essere in alcun rapporto con i benefici prodotti. L'insulino-terapie viene adottata costantemente da quando è stata introdotta, anche per le depressioni. Rispetto alle diverse forme del trattamento chirurgico (leuco- e lobotomia) sono stato fin dall'inizio refrattario. Le ho fatte eseguire una sola volta, e precisamente in un caso disperato di catatonìa giovanile, su richiesta del padre. Quanto all'elettroshock, ero fiero che il nostro stabilimento fosse l'ultimo in tutta la Svizzera a non possederne. Col tempo ho dovuto procurarmene uno, alla luce dei successi ottenuti, soprattutto per le catatonie furiose. Ho sempre l'impressione che in futuro i medici disprezzeranno questo metodo, più meno come noi la sedia girevole o pratiche simili." Cfr. L. Binswanger in C. Marazia, *L'internamento dei grandi: Ludwig Binswanger e la clinica Bellevue*, op. cit., p. 79.

<sup>306</sup> *Ivi*, p. 89.

<sup>307</sup> *Ivi*, p. 90.

psicopatologia clinica. Anche se Binswanger non ha mai proposto alternative al sistema nosografico kraepeliniano-bleuleriano e non ha mai negato l'importanza dell'indagine psicopatologica dei sintomi, anche se non è stato un Basaglia e non ha "rivoltato il mondo" della psichiatria clinica credo che la lettura più onesta del suo percorso si abbia in frasi come questa, dove impegno antropoanalitico e agire medico si affiancano e si completano:

Queste due sfere, quella originaria dell'essere-uomo-con un altro uomo e quella nuova dell'essere-medico, non stanno tra loro in un rapporto di successione, di contiguità o di difformità, bensì in una relazione di reciprocità "dialettica". La dialettica tra quello che è l'autentico humus di ogni psicoterapia, il fattuale (nell'ordine della *storia della vita*) risolversi nell'essere-con-l'altro ed essere-per-l'altro da un lato, e la conoscenza e il dominio della "psiche" quale "organismo" di differenti *funzioni vitali* dall'altro, questa dialettica domina di fatto ogni psicoterapia medico-pratica e ogni enunciato scientifico su di essa. Comunicazione esistenziale, da un lato, e dall'altro azione che ha per scopo liberare e guidare le "forze" biologiche-psicologiche: ecco i due poli dialettici della psicoterapia medica. Nessuno dei due appare isolato, né parimenti l'uno può essere completamente ricondotto all'altro.<sup>308</sup>

Forse il tempo di Binswanger non era maturo per una proposta ancor più radicale; certamente non si deve dimenticare, e ancora una volta ci vengono in aiuto Cargnello e Giacanelli, che Binswanger si è sempre proposto come "uno che inizia"<sup>309</sup>, il suo merito è anzitutto nell'aver messo in discussione i fondamenti teorici e pratici della psichiatria del suo tempo, scorgendo un nuovo, anzi, come si è visto, antichissimo orizzonte di ricerca, una strada che ancora oggi resta in gran parte non battuta.

### §3. *Dalla fenomenologia al DSM: la diagnosi può essere complessa?*

Ormai entrati nel terzo millennio, se si getta uno sguardo sull'attuale assetto epistemologico e terapeutico della psichiatria clinica si è portati a pensare che quella stagione ricca di proposte vibranti, la fenomenologia, sia sfiorita. Nonostante le grandi conquiste del passato più prossimo quali la rivoluzione di Franco Basaglia e l'opera di psichiatri come Cargnello e Borgna, si vive ancora

---

<sup>308</sup> L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*, op. cit., p. 140.

<sup>309</sup> D. Cargnello e F. Giacanelli, *Introduzione a L. Binswanger, Il caso Ellen West e altri saggi*, op. cit., p. 8.

oggi in tempi di netto predominio degli indirizzi clinico-nosografici e biologici<sup>310</sup>, come è evidente dalla pubblicazione della quinta edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* nel maggio 2013, avvenimento che ha riaperto il dibattito interno ed esterno al mondo psichiatrico.

Al centro della prassi psichiatrica vi è ancora la classificazione delle malattie, oggi più minuziosa che mai, inserita però in una nuova prospettiva di accordo con le nuove soluzioni farmacologiche portate dall'unione tra la nosologia e la chimica farmaceutica, disciplina che, da pseudo-scienza antichissima, ha acquisito un nuovo vigore scientifico grazie ai progressi della chimica organica dalla prima metà del Novecento in poi.

Se pensiamo all'arsenale di farmaci capaci di sedare i deliri, risvegliare provvisoriamente dalla catatonìa, stabilizzare gli sbalzi d'umore, addormentare o risvegliare la coscienza, la stagione della fenomenologia con la sua visione di una psichiatria che sia essenzialmente dialogo e scoperta, relazione intersoggettiva e ascolto paziente, la stagione della fenomenologia sembra ormai lontana. Eppure, i grandi interrogativi e ostacoli che mettono in discussione i fondamenti e l'operato della psichiatria sono gli stessi di allora: Che cos'è la follia? È possibile riconoscerla? Come? Quali sono le *cause*? Si può *misurare*? Come si misura? È possibile *curarla o ridurla*?

Rispondere a queste domande equivale a formulare un giudizio diagnostico, ossia stabilire, sulla base di criteri relativamente univoci e analisi comprovate dall'esperienza clinica, se le azioni o i comportamenti bizzarri della persona in questione svelino la presenza di follia e, in caso affermativo, *quale sia* la malattia in corso, poiché di malattia si tratta, anzi, di malattia mentale. La *diagnosi* resta il nodo cruciale della psichiatria clinica, dall'alienistica delle origini al sistema psichiatrico contemporaneo, da Pinel al presente, passando per Kraepelin: è necessaria per avvalorare il sapere del medico, il solo in grado di ben distinguere il folle dagli altri individui, è la sentenza che giustifica la reclusione del pazzo in quanto soggetto pericoloso per se stesso e per il prossimo e i trattamenti a cui lo si

---

<sup>310</sup> Per orientarsi sulle evoluzioni della psichiatria classica di Kraepelin e Bleuler fino al presente rimando a E. Borgna, *Per una psichiatria fenomenologica*, saggio introduttivo a U. Galimberti, *Psichiatria e fenomenologia*, Milano, Feltrinelli, 1979 e B. Callieri, *L'antropologia dell'incontro personale*, in S. Besoli (a cura di) *Ludwig Binswanger. Esperienza della soggettività e trascendenza dell'altro*, op. cit.

sottopone all'interno del manicomio nel proposito di "curarlo" o almeno "indocilirlo"<sup>311</sup>; il giudizio diagnostico è difatti fondamentale per la costruzione di una prognosi e per la scelta della terapia, ne dipende anche l'organizzazione dello spazio manicomiale<sup>312</sup>.

La certezza della diagnosi differenziale, capire di quale malattia si tratti, mette ancora in crisi l'operato della psichiatria clinica: nonostante i progressi della neurologia, degli studi genetici, dell'anatomia patologica e delle teorie dell'epidemiologia ancora oggi non è stato possibile individuare e dimostrare le cause delle malattie mentali e neppure rinvenire una qualche regolarità quantitativa nella loro frequenza, soprattutto della malattia mentale *par excellence*, la schizofrenia, "paradigma di ogni contraddizione e di ogni oltrepassamento"<sup>313</sup>. Nonostante gli sforzi pratici e le forzature epistemologiche che ormai ci sono ben note, la psichiatria cerca ancora assunti certi ed oggettivi, ancora in balia di quel "continente oscuro" che è la follia.

La proliferazione dei manuali diagnostici e statistici dei disturbi mentali dalla fine degli anni cinquanta del secolo scorso in poi - il DSM è senza dubbio il più utilizzato, almeno nel nostro Paese, ma non l'unico - è un segno evidente dei problemi relativi al sistema nosografico da adottare affinché sia possibile diagnosticare un disturbo mentale. Insoddisfacenti i risultati delle prove di verità sul corpo del malato alla ricerca di alterazioni somatiche o della conformazione biologica, lo psichiatra si appella alla clinica indagando i sintomi e la loro storia grazie a nuove analisi statistiche e a tecniche di controllo periodiche a frequenza ben determinata, come i *follow up*.

"Mi figuro la diagnosi come un imbuto, un collo di bottiglia dove la vita vissuta, la narrazione singolare, le ustioni brucianti dell'esperienza devono comprimersi, appiattirsi e divenire diagnosi"<sup>314</sup>, così Dell'Acqua descrive il processo che porta dall'osservazione clinica del paziente alla compilazione della

---

<sup>311</sup> Cfr. M. Galzigna, *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, op. cit. pp. 26 ss.

<sup>312</sup> Da Pinel è il primo a proporre (Cfr. P. Pinel, *La mania. Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, op. cit.) una divisione dei pazienti in funzione del loro stato d'animo o del loro "comportamento sociale". Ancora oggi nei reparti psichiatrici ad esempio si trovano un settore per gli "agitati", una zona chiusa e una aperta.

<sup>313</sup> E. Borgna, *Per una psichiatria fenomenologica*, op. cit., p. 15.

<sup>314</sup> P. Dell'Acqua, *Se la diagnosi non è una profezia*, in "aut-aut", n. 357, gennaio-marzo 2013, p. 56.

*voce* del manuale diagnostico: si cancellano le peculiarità del vissuto personale per registrarne solo le alterazioni quantitative, il materiale clinico diviene dunque *neutro*, pronto per essere raccolto e ordinato lungo cinque assi a cui corrispondono tipi di disturbi specifici correlati di elenchi di sintomi presentati, così che sia possibile formulare una diagnosi standardizzata.

Sulla carta, l'obiettivo del DSM è essere una guida sicura per lo psichiatra in quel caos di manifestazioni ed epifenomeni di follia: *quale* disturbo significa anche *quale* esisto, *quale* terapia, è il principio della diagnosi differenziale.

In realtà, il dibattito interno ed esterno al mondo della psichiatria e il susseguirsi di edizioni modificate del DSM lo confermano, è che questo sforzo differenziale è inutile: vi è sempre una manifestazione che sfugge alla regola, mettendo in luce l'inadeguatezza di un manuale di fronte alla complessità della persona, gli psichiatri sono i primi ad essere consapevoli di questo scarto, evidente fin dalla prima esperienza clinica. Cercare la certezza della diagnosi differenziale è un'impresa che sa di futurismo poiché nella pratica, all'interno dei reparti psichiatrici come nelle cliniche, il discorso diagnostico riguarda ancora *se* si è in presenza di un caso di follia oppure no.

L'esperienza raccontata dallo psichiatra triestino Mario Colucci di uno dei suoi primi giorni da medico di turno in un Centro di salute mentale è esemplare: un paziente di nome Fabrizio era tenuto legato al letto per la maggior parte del tempo, si parlava di lui come di un soggetto aggressivo e ingestibile che addirittura *chiedeva* di rimanere legato. Con l'ingenuità di "uno che inizia", Colucci racconta di aver chiesto a qualche collega più esperto come mai non si cercasse di fare altro con il paziente, perché non lo si portasse ad esempio a fare una passeggiata; un collega spazientito gli rispose: "Perché è schiZZofrenico, Colucci! Figlio di schiZZofrenica e fratello di schiZZofrenica!"<sup>315</sup>. È evidente come in questo caso quella definizione sia impiegata non come illuminante categoria scientifica né come guida terapeutica, bensì come semplice sinonimo di "folle": il paziente non può essere slegato, non può fare una passeggiata perché non è come *gli altri*, egli è *pazzo*.

---

<sup>315</sup> M. Colucci, *Fabrizio, con una zeta. Per una critica della ragione diagnostica*, in "aut-aut" n. 357, gennaio-marzo 2013, p. 6.

Che cosa significa allora “Fabrizio è schiZZofrenico”? Non è certo un criterio nosografico e non si riferisce certo al F 20.0x dell’ICD-10 o al 295.3x del DSM-IV-TR,<sup>7</sup> piuttosto ha lo stesso valore di “Fabrizio è folle” (figlio e fratello di folli); non è una diagnosi differenziale, ma una diagnosi assoluta di follia, che sottrae diritti e che rende più facile la decisione quotidiana della contenzione e della privazione di libertà. La scelta di non usare un linguaggio gergale, la “follia”, ma di travestire le parole con un abito medico non riesce certo a nascondere fino in fondo la loro natura di definizione assoluta.<sup>316</sup>

L'uso del termine "schizofrenico" invece di "folle" o "pazzo" dona alla frase dello psichiatra l'aspetto di una definizione scientifica, rende cioè quello che è a tutti gli effetti un giudizio di valore un giudizio medico, spostando il fuoco dal vero significato di quella frase: fissare il paziente nella condizione di malato, tracciare la linea di demarcazione che tra il suo mondo mal funzionante e il mondo degli altri. "Le cose stanno così e non è possibile che stiano diversamente", dice lo psichiatra, "egli è malato e i malati si curano con qualche medicina, noi medici possiamo fare dei tentativi di terapia farmacologica, del resto è schizofrenico, non c'è altro da sapere". Eppure, il giovane psichiatra di turno che Colucci era, decise di slegare Fabrizio e portarlo a prendere un caffè fuori dall'ospedale e di rientrare passando per il parco; entrambe le attività si svolsero nell'assoluta tranquillità: Fabrizio l'ingestibile e il violento pagò il suo caffè dopo aver fatto serenamente la fila e, passando per il parco, osservò contento ogni dettaglio, in una sete di mondo e di luce. "Non mettevo in dubbio il fatto che fosse ammalati di schizofrenia. Conoscevo bene la gravità della sua condizione e i tentativi messi in campo per affrontarla"<sup>317</sup> prosegue Colucci, eppure il pomeriggio passato insieme a Fabrizio dimostrava che egli, pur essendo schizofrenico dunque un soggetto problematico e agitato, era tranquillamente in grado di prendere un caffè e fare una passeggiata nel parco.

Tra l'esperienza di quel giorno e la diagnosi è quest'ultima ad avere il peso maggiore poiché "schizofrenico" è un giudizio medico, categorico e indiscutibile, infatti, prosegue il racconto, una volta finito il turno di Colucci Fabrizio venne

---

<sup>316</sup> M. Colucci, *Fabrizio, con una zeta. Per una critica della ragione diagnostica*, op. cit., p. 12.

<sup>317</sup> *Ivi*, p. 8.

nuovamente legato<sup>318</sup>. Etichettare un paziente con la parola schizofrenico mette a tacere l'interlocutore, rinforza il potere dello psichiatra in quanto egli solo *sa che cos'è* uno schizofrenico e come si tratta uno schizofrenico, dove schizofrenico, è evidente, significa esclusivamente "pazzo". Punto.

Nonostante il DSM sia un manuale costruito al fine di consentire una diagnosi precisa, plasmando secondo criteri comprovati dall'esperienza clinica e dalla casistica quel giudizio assoluto di follia, l'uso che ne viene fatto su larga scala nel mondo della psichiatria è individuare con certezza proprio la soglia tra folla e normalità in modo più oggettivo, "è come se il meccanismo della diagnosi assoluta si moltiplicasse a dismisura nelle innumerevoli scatolette del DSM ripetendo alla fine invariabilmente la stessa domanda: «dentro o fuori?»"<sup>319</sup>. In questo senso, la diagnosi non è altro se non un sistema che *inscatola* il paziente in stretti contenitori statistici e clinici affinché sia utile ad altro, ad esempio per premi delle polizze assicurative, per i certificati di salute mentale ad alto valore legale e per accogliere i dati sugli effetti di un nuovo psicofarmaco.

Lo psichiatra Antonello Sciacchitano<sup>320</sup> argomenta che le critiche che attaccano il DSM e gli altri manuali diagnostici considerandoli frutti della rigida applicazione dei canoni delle scienze positive alla psichiatria, congegni meccanici atti a ridurre la persona alla sua malattia trasformando in sintomi le sue manifestazioni non centrano il punto. Il caso del DSM è emblematico: già dal suo nome, esso delinea il proprio obiettivo, essere un manuale *statistico* e non un manuale di *psichiatria clinica*, questo significa che non si prefigge alcuno scopo terapeutico o medico, non è il breviario del buon medico, la guida che lo aiuta a trattare ogni giorno con il suo paziente; un manuale diagnostico statistico assoggetta ad una scienza matematica - la statistica - elementi umani che si riscontrano in indagini di larga scala sulla popolazione. È un errore, prosegue

---

<sup>318</sup> Non si tratta di una storia eclatante, né di un caso di profonda violenza; Colucci racconta questo episodio come esempio sul normale trattamento dei pazienti, il caso di Fabrizio è uno come tanti e proprio in quanto tale può essere d'aiuto per sottolineare un'attitudine estremamente diffusa all'interno delle strutture psichiatriche. "Si dirà: è un caso singolare, di violenza istituzionale, che non fa la regola. Ma su questo ci sarebbe molto da discutere, perché la situazione descritta non è affatto particolare né inusuale, se si considera la condizione carceraria di gran parte dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura italiani" Cfr. M. Colucci, *Fabrizio, con una zeta. Per una critica della ragione diagnostica*, op. cit., p. 10.

<sup>319</sup> *Ivi*, p. 12.

<sup>320</sup> A. Sciacchitano, *La "diagnosi statistica"*, in "aut-aut" n. 357, gennaio-marzo 2013.



Sciacchiatano, considerare il DSM l'erede diretto dell'opera di Kraepelin e Bleuler poiché i sistemi nosografici classici, per quanto riduzionisti, erano nati da reali esigenze cliniche: servivano per "capirci qualcosa" di quella condizione così sfuggente e caotica che i medici si trovavano di fronte e, forse, soltanto in un secondo momento avrebbero potuto avere rilevanza teorica; al contrario, la griglia assiale del DSM non ha fini diagnostici individuali, non si cura del singolo caso clinico, bensì "degli interessi delle compagnie assicurative e delle case farmaceutiche. In questo senso è uno strumento perfettamente adeguato agli scopi per cui è stato concepito"<sup>321</sup> e cioè l'*inscatolamento* in tipologie, eseguito secondo rigidi protocolli, dei dati empirici riscontrati sull'osservazione del soggetto collettivo.

L'operazione è inquietante e posso trovarmi d'accordo nel constatare che il DSM non pretenda di essere un manuale di psichiatria clinica e che la sua natura sia del tutto strumentale agli interessi delle polizze assicurative, delle cause legali e delle case farmaceutiche. Ma questo non significa che non sia uno strumento pericoloso<sup>322</sup>, in particolare per due ordini di problemi: *come* effettivamente viene utilizzato e a *verso quale direzione* stanno andando i suoi aggiornamenti.

Per quanto concerne la prima questione, è senza dubbio vero che il DSM vuole fornire delle linee guida utili per la ricerca, costituendosi su indagini statistiche *in fieri* che impongono continue revisioni e nuovi ingressi, questo carattere è anche uno dei responsabili delle varie crisi che il manuale ha attraversato e sta tutt'ora attraversando<sup>323</sup>, troppe e troppo complesse le variabili con cui ha a che fare e ogni medico dotato di buon senso ed esperienza ne riconosce i limiti intrinseci. Ma è anche vero che la conoscenza diffusa della natura statistica e di ricerca del DSM non ne impedisce l'utilizzo quotidiano nei reparti psichiatrici e nelle cliniche: il DSM non sarà un manuale di psichiatria clinica, ma i manuali di psichiatria clinica, contenenti sia le descrizioni dei disturbi sia terapie

---

<sup>321</sup> A. Sciacchitano, *La "diagnosi statistica*, in "aut-aut" n. 357, gennaio-marzo 2013, p. 246.

<sup>322</sup> Per le critiche psichiatriche e psicopatologiche alla nuova edizione del DSM uscita lo scorso maggio 2013, critiche specialistiche che non sono di mia competenza, rimando all'articolo S. Benvenuto, *Il DSM-5. Una tigre di carta*, in <http://www.psychiatryonline.it/node/5368>, 2 dicembre 2014.

<sup>323</sup> Cfr. R.L. Spitzer, A. Frances, *Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5*, in "Psicoterapia e scienze umane", n. 2, 2011, pp. 247-262. Trovo esemplare, per farsi un'idea delle dinamiche della creazione del manuale, il fatto che Spitzer e Frances, psichiatri membri dell'*equipe* del DSM-IV, abbiano sollevato molte critiche alla nuova edizione del manuale.

farmacologiche adatte, derivano dalla classificazione dei disturbi mentali proposta dall'opera dell'*American Psychiatric Association*. Per molti medici il DSM resta lo strumento clinico a cui aggrapparsi poiché sembra essere lo strumento migliore per descrivere i casi e in base a cui condurre la ricerca farmacologica: nuove pillole per nuovi disturbi.

Il secondo punto problematico, ossia dove ci sta portando il DSM, consente di tornare ad una visione più ampia, oltre la clinica e persino al di là della psichiatria.

Pierangelo Di Vittorio, citando una dichiarazione di Allen France, membro della *task-force* del DSM-IV, centra il punto:

L'aspetto cruciale riguarda la "sottile membrana" che separa il normale dal patologico: «In quanto *chairman* della *task force* che ha elaborato l'attuale DSM-IV, ho fatto la dolorosa esperienza di come piccoli cambiamenti nella definizione dei disturbi mentali potessero produrre conseguenze tanto enormi quanto inattese. Il nostro gruppo di esperti si è sforzato di essere il più modesto e coscienzioso possibile, ma ha inavvertitamente contribuito a produrre tre false "epidemie": il disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività, l'autismo e il disturbo bipolare dell'infanzia. È evidente che abbiamo lanciato in modo troppo largo la nostra rete, catturando numerosi "pazienti" che non sarebbero mai dovuti entrare nel sistema della salute mentale».<sup>324</sup>

Dall'uscita di scena di presunte patologie di eco psicoanalitica come le "deviazioni sessuali" quali l'omosessualità, la lettura delle tre ultime edizioni del DSM rivela un tratto in comune: l'incremento quasi esponenziale del numero di disturbi, ben rappresentato dalla moltiplicazione delle "voci" del manuale.

Nell'urgenza di registrare ed inserire nella casistica ogni minimo cambiamento in termini di durata, di esito e nuovi dati nosografici, il DSM e la psichiatria che lo segue vanno incontro ad una vera e propria "patologizzazione della normalità"<sup>325</sup>, coinvolgendo qualunque alterazione del comportamento o dell'umore anche condizioni che una persona "sana" attraversa anche più volte nel corso della sua vita. Ai tempi del manuale statistico diagnostico, il *folle* è un concetto dai confini fluidi e dal facile utilizzo in quanto riguarda tutte le deviazioni, anche le minime, dal comportamento e dall'umore socialmente riconosciuti *normali*, insieme alle degenerazioni ereditarie irreversibili iscritte nella sua storia biologica. Il

---

<sup>324</sup> P. Di Vittorio, *Malati di perfezione. Psichiatria e salute mentale alla prova del DSM*, in "aut-aut" n. 357, gennaio-marzo 2013, p. 38. Di Vittorio traduce e cita l'articolo A. Frances, *It's Not Too Late to Save the "Normal"*, "Los Angeles Times", 1° marzo 2010.

<sup>325</sup> *Ivi*, p. 42.

comportamento e l'umore ritenuti normali sono concetti costruiti sulla base di un sistema di riferimento morale socialmente condiviso, dunque culturale; in un'epoca segnata dall'ideale dell'efficienza e dell'ordine razionale normale è sinonimo di *ben funzionante*, tutti quei comportamenti e stati emotivi che esulano o in qualche modo rallentano l'efficienza, quelle parti *umane, troppo umane* vengono assunte come segni di debolezza, di anormalità.<sup>326</sup> Così la tristezza spontanea che ci attraversa durante un lutto cede in fretta il passo alla *depressione*, la consueta vivacità infantile può trasformarsi con facilità nella "sindrome da deficit di attenzione e iperattività", con una buona consulenza psichiatrica, non è così difficile dimostrare davanti ad un giudice che per esempio quella donna originale sia in realtà *bipolare*, dunque inadatta alla custodia dei figli. Una diagnosi per ogni occasione: il DSM risponde (quasi) sempre.

Uno strumento del genere è uno strumento potentissimo: se chiunque si scosti anche solo lievemente dal modello assunto come *tipo normale* è potenzialmente *disturbato*, è la condizione umana in se stessa a poter essere *patologica*, nessuno è salvo. E nessuno è salvo da un farmaco: tra le critiche più pesanti alle conseguenze dell'utilizzo del DSM vi è quella al fenomeno del *disease mongering*, ossia l'invenzione di malattie finalizzata alla vendita di farmaci, strategia di marketing che sarebbe fondata sulla collusione tra ricercatori, medici, case farmaceutiche e mass media denunciata a partire dagli anni novanta. Ne riassumo brevemente il processo: inizialmente i media catturano l'attenzione del pubblico su un inconveniente quotidiano qualsiasi, sollevando l'ipotesi che possa trattarsi di una malattia, come ad esempio l'iperattività di un bambino o l'agitazione di un adulto prima di un evento pubblico; in seguito l'ipotesi viene presa in considerazione dai medici e dai ricercatori che, dopo opportune "ricerche statistiche", stabiliscono che in effetti si tratta di una malattia e provvedono alla pubblicazione dei risultati dei loro studi su riviste scientifiche e accademiche; intervengono dunque le case farmaceutiche che mettono subito all'opera i propri laboratori creando la "molecola perfetta" per risolvere sul nascere il nuovo disturbo, se non addirittura prevenirne la comparsa; infine viene studiata in collaborazione di agenzie pubblicitarie una campagna di "informazione" sulla

---

<sup>326</sup> Cfr. l'analisi di questi concetti proposta da George Canguilhem, *infra* pp. 149 ss.

nuova malattia e sul nuovo farmaco sensibilizzando la popolazione fino a quel momento tranquilla nella sua ignoranza. Il prodotto viene finalmente commercializzato e la risposta dei consumatori è estremamente positiva, al punto che "nascono associazioni di utenti che rivendicano il diritto a essere curati con questi nuovi farmaci, convalidando dal basso una nuova campagna di medicalizzazione di massa"<sup>327</sup>.

Sull'impiego di farmaci di psichiatria si potrebbero versare fiumi d'inchiostro e tanti ne sono già stati versati, si tratta di un argomento su cui esprimere considerazioni esaustive esigerebbe conoscenze specifiche; quello che mi interessa è sottolineare che cosa l'introduzione del farmaco abbia modificato nell'impostazione della cura e della diagnosi. Sono d'accordo con l'opinione di Fulvio Marone, psichiatra, sul fatto che "la nuova alleanza" tra psichiatria e farmacologia rischi di avere un effetto inabilitante per la diagnosi, in particolare per una ragione "operativa": dal momento che il medicamento ha effetti evidenti e quasi immediati - anche se non sempre benefici -, un'azione molto più rapida di qualsiasi altra terapia, dagli interventi somatici più drastici alla sola psicoterapia, esso diventa la prestazione più diffusa tra lo psichiatra e il paziente, riducendo così il valore della diagnosi, poiché

in fondo, che bisogno c'è di differenziare un delirio di interpretazione da uno di immaginazione, se poi si finisce per dare al paziente lo stesso neurolettico? O tra una depressione endogena e una reattiva? [...] I criteri di scelta, all'interno della stessa classe, tra un farmaco e l'altro, sono determinati da variabili che riguardano più il singolo paziente (età, sesso, condizioni fisiche, evoluzione e risposta clinica) che una raffinata diagnosi differenziale.<sup>328</sup>

Il rapporto interpersonale tra due presenze di cui parlava Binswanger è molto molto lontano, ma è lontano anche quell'empirismo clinico kraepeliniano che ha regnato nella scuola psichiatrica classica per almeno tutta la prima metà del Novecento: nonostante gli intrinseci limiti riduzionisti, l'interesse diagnostico metteva al centro il paziente e l'incontro con lui, benché come oggetto e come relazione di potere; con l'ingresso degli psicofarmaci la relazione tra medico e

---

<sup>327</sup> P. Di Vittorio, *Malati di perfezione. Psichiatria e salute mentale alla prova del DSM*, op. cit., p. 58.

<sup>328</sup> F. Marone, *Soggetti, protocolli e tigri di carta*, in "aut-aut" n. 357, gennaio-marzo 2013, p. 238.

paziente rischia di scivolare sempre più verso una prestazione che si concretizza nell'atto di prescrivere una compressa.

Se fare diagnosi possa comprendere un approccio non riduzionista al paziente, è una questione che resta insoluta. Diagnosticare deriva dal greco *διά-γινώσκειν*, "conoscere attraverso", questa conoscenza può significare sia vedere il paziente come un oggetto fisico, da inscatolare nella griglia multi-assiale del DSM, sia quella conoscenza per *penetrazione* che tenta di capire la persona e la sua sofferenza individuale.

I progressi della scienza e della tecnica a cui assistiamo quotidianamente allargano a dismisura le nostre conoscenze, promettendo di svelare finalmente antichi enigmi. Eppure resta sempre un vuoto incolmabile tra l'organismo vivente e il soggetto completo, tra le sue *funzioni di vita* e la *storia della sua vita interiore*.

Al tempo del progresso delle neuroscienze che mette ogni giorno in crisi il concetto di *psiche* e le teorie sul rapporto corpo-mente, l'opera di Binswanger, con tutti i suoi punti di discontinuità e le sue contraddizioni, resta un monito per le nuove generazioni di psichiatri e psicoterapeuti: far fiorire la propria creatività nell'ascolto, nella descrizione e nella comunicazione con i propri pazienti, nella consapevolezza e coscienza della *complessità* e della *singolarità* di ogni esperienza umana, anche e soprattutto di quella "psicotica".

#### *§4. Sul normale e sul patologico: la forza delle norme*

Riflettendo sui problemi della diagnosi in psichiatria, ho richiamato più volte la questione del tipo *normale* e della definizione del folle come colui che manifesta comportamenti, azioni, pensieri, parole, sogni e così via che *normalmente* una persona comune non fa, non dice, rientrando nella sfera del *patologico*. Un'analisi più approfondita di questi concetti e della loro storia è necessaria non soltanto per comprendere che cosa significano in psichiatria in particolare e in medicina in generale, ma anche rispetto a *come* vengono visti quei soggetti marcati da tali categorie, sano e malato, normale e patologico.

Come si è accennato nel primo capitolo di questo lavoro, per l'intero arco della modernità è tutta la medicina a brancolare nel dubbio epistemologico: nel tentativo di essere scienza naturale, esatta e obiettiva, cerca sui cadaveri le risposte a quei processi morbosi che hanno condotto l'organismo al malfunzionamento, appellandosi al suo strumento privilegiato, *l'occhio clinico*<sup>329</sup>. Nonostante l'enorme aiuto proveniente dai risultati dei nuovi studi di anatomia e fisiologia in epoca moderna, l'osservazione del medico del proprio oggetto d'indagine non è completamente sovrapponibile al metodo asettico del laboratorio dello scienziato poiché i fenomeni con cui la medicina ha a che fare non sono la malattia in sé che ha colpito il corpo, bensì i suoi epifenomeni, quei particolari segni chiamati sintomi. L'osservazione diretta di questi fenomeni, la comprensione dei loro cambi di intensità e frequenza e la conoscenza della loro storia sono il solo materiale euristico a disposizione del medico, materiale prezioso ma di difficile studio, soprattutto se si tenta di impiegare i principi delle scienze positive..

Alle origini di tutti i problemi della medicina, quel limite fondamentale che non riesce a superare è non possedere una definizione che illustri con certezza e oggettività *che cosa sono* realmente queste due condizioni, che cosa significano "salute" e "malattia", il *normale* e il *patologico*. Questi concetti sono al centro della riflessione epistemologica di Canguilhem il quale, da filosofo prima ancora che da medico, affronta il problema prefiggendosi come obiettivo la ricostruzione di una *storia* di questi concetti scientifici e delle pratiche loro correlate, "ponendo l'osservatore di fronte all'oggetto «scienza», invitandolo così a prendere posizione verso di essa"<sup>330</sup>.

*Su alcuni problemi riguardanti il normale e il patologico* (1943) è il titolo della tesi di dottorato in medicina di Canguilhem, già professore di filosofia all'Università di Strasburgo. Come egli stesso dichiara nel suo lavoro di tesi, l'interesse di un filosofo per la medicina e la storia dei suoi concetti non nasce dal volersi confrontare con una disciplina scientifica, né per risolvere il tanto discusso problema dell'origine delle malattie mentali; la medicina, con il suo essere al

---

<sup>329</sup> Cfr. *supra* p 19.

<sup>330</sup> V. Fiorino e P. Savoia, *Prefazione* a P. Macherey, *Da Canguilhem a Foucault. La forza delle norme*, op. cit.

tempo stesso teoria e pratica, clinica e terapeutica, "un'arte situata su un crocevia tra scienze diverse"<sup>331</sup>, è di grande interesse per la riflessione filosofica poiché permette di rapportarsi a problemi umani concreti, ai *fatti umani*, oggetti sconosciuti alle scienze esatte. Nonostante i tentativi di razionalizzazione scientifica, i giudici medici sono giudizi ibridi: essi derivano sia dalle conoscenze biologiche e fisiche sull'organismo e il suo funzionamento, sia dall'esperienza e dall'osservazione clinica e terapeutica, nelle quali la dimensione del *qui e ora*, del singolo caso giocano un ruolo determinante. I significati di normale e patologico, sano e malato dipendono anzitutto dalla constatazione di un'alterazione di uno stato *comunemente* riconosciuto come *standard*, sono "viziati" non soltanto dall'occhio di chi li ha osservati, ma anche dai *valori* della comunità. Sono la natura e la storia questi pregiudizi che Canguilhem analizza nella sua opera, proponendo una vera e propria "rivoluzione copernicana" dell'epistemologia, una rivoluzione che ha inizio con l'analisi di quella che viene considerata la prima definizione di normale e patologico, la tesi di Broussais.

Formulato durante i primi dell'Ottocento rispetto alla grande crisi delle febbri<sup>332</sup>, il principio del medico francese interpreta i due stati come sostanzialmente equivalenti definendo la malattia come una condizione del tutto identica alla condizione sana salvo per l'esplosione incontrollata di alterazioni quantitative. Claude Bernard si serve di questa equivalenza fondando la medicina sulla fisiologia: la conoscenza dello stato normale dell'organismo è preliminare per ideare e mettere in pratica un'adeguata terapia, la malattia non è un'entità estranea che si impossessa dell'organismo e ne turba l'armonia, bensì è uno stato in tutto identico alla normalità se non per differenze di grado, non di natura.

In quanto espressione di differenze quantitative, la malattia è calcolabile e conoscibile attraverso il metodo sperimentale mutuato dalle scienze naturali così come la fisiologia è scienza delle leggi e delle costanti della vita normale: l'impegno di Bernard e dei continuatori è dunque definire il normale secondo valori, cifre e parametri da laboratorio nella convinzione che soltanto *normalizzando* il vivente, tracciando concretamente un confine sondabile e

---

<sup>331</sup> G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, op. cit., p. 10.

<sup>332</sup> Su Broussais e la crisi delle febbri cfr. M. Foucault, *Nascita della clinica, una archeologia dello sguardo medico*, op. cit., cap. X.

misurabile tra sano e malato sia possibile una medicina scientifica, lontana dal mito.

"Il medico ha la tendenza a dimenticare che sono i malati a chiamare il medico. Il fisiologo ha la tendenza a dimenticare che una medicina clinica e terapeutica, non sempre così assurda come si vorrebbe, ha preceduto la fisiologia"<sup>333</sup> dichiara Canguilhem, ribaltando il rapporto tra il normale e il patologico: è in presenza della malattia, dell'anormale, che è possibile rischiarare la condizione sana; il normale si svela dunque solo per negazione, è la sua assenza che suscita l'attenzione del soggetto poiché ciò che siamo abituati a chiamare "malattia" implica di solito una modificazione decisiva per il suo organismo, *in primis* perché soffre.

Esprimere il patologico in termini non quantitativi, ma *qualitativi* consente al filosofo francese di riformulare la definizione di *normale* e, soprattutto, di formulare una domanda inedita sul "vivente"<sup>334</sup>: che cosa significa per il vivente essere malato ed essere sano? È una questione che attraversa la medicina in quanto scienza dell'uomo e al tempo stesso la trascende, verso una riflessione dal respiro più ampio, una riflessione sul significato della vita.

Lo sguardo oggettivante del medico positivista impone che un concetto di norma prefissato dunque *esterno* alla vita regoli la vita stessa, designando ciò che è patologia a priori; al contrario, afferma Canguilhem, non sono né la medicina né la scienza ad imporre norme alla vita, bensì è la vita stessa che si esprime in una continua *normatività*: per l'organismo vivere significa sia svilupparsi nell'ambiente<sup>335</sup> come tutti gli essere viventi, sia creare il proprio mondo in relazione al mondo esterno, in uno sviluppo che si esprime nella continua ricerca di un'armonia tra le condizioni di questo mondo esterno e i suoi bisogni, i suoi desideri, i suoi progetti; non meramente inserito nella causalità naturale, ma in grado di trascendere dalla sua condizione aprendosi una molteplicità di eventi

---

<sup>333</sup> G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, op. cit., p. 171.

<sup>334</sup> Con il termine "vivente", mutuato dalla biologia, Canguilhem si riferisce alla persona nel suo complesso, sottolineando l'unione tra il suo organismo biologico - il corpo umano animato, vivo - e la sua unicità soggettiva, l'essere cioè *quel* determinato organismo, *quella* determinata vita.

<sup>335</sup> Canguilhem riprende il concetto di "ambiente" dall'opera di Goldstein, citata a più riprese nella tesi del '43 e anche nelle *Nuove riflessioni* del '63-'66. Sul debito dei filosofi nei confronti di Goldstein rimando a G. Le Blanc, *Canguilhem et les normes*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007.



possibili, il vivente crea a se stesso le proprie norme, valori che gli consentono di adattarsi all'ambiente e di cambiarlo. L'uomo *sano* è l'uomo che riesce ad affrontare gli ostacoli che il mondo esterno interpone tra lui e il suo libero sviluppo, superare tali ostacoli significa anche e soprattutto *ammalarsi, e guarire*: come non si dà una norma oggettiva e costituita, non vi è neppure "patologia oggettiva"<sup>336</sup> poiché "lo stato patologico rispecchia la riduzione delle norme di vita tollerate dal vivente, la precarietà del normale stabilito dalla malattia. [...] Guarire significa darsi nuove norme di vita, talvolta superiori alle precedenti"<sup>337</sup>.

Lungi dall'essere professione di relativismo, questo legame tra la vita e la creazione di norme si ritrova, ricorda Canguilhem, nella stessa pratica medica-terapeutica: al di là delle prove e degli strumenti di cui il medico dispone per valutare l'avvenuto passaggio dallo stato di salute a quello di malattia e viceversa, è anzitutto nell'incontro con il paziente e con il suo punto di vista che è possibile valutare la guarigione o il peggioramento della malattia, vi è un grado di soggettività nella medicina che nessuna pretesa di "scientismo" può annullare poiché è proprio tale soggettività a creare le norme di vita dell'organismo.

Non è semplice seguire Canguilhem nella sua rivoluzione copernicana che si esprime in questo passaggio dalla nozione di *normalità* applicata dal postulato positivista che fa della differenza tra il normale e il patologico una differenza quantitativa calcolabile e la nozione di *normatività* della vita, libertà creatrice che si esprime in norme vitali e sociali<sup>338</sup> che il vivente dà a se stesso e all'ambiente; Pierre Macherey centra brillantemente la questione, rendendo più facile l'accesso alla conclusione di Canguilhem:

Parlare di normatività non significa considerare la messa in opera delle norme come fosse l'applicazione meccanica di un potere preconstituito, ma mostrare come il movimento concreto delle norme, che sono schemi vitali alla ricerca delle condizioni della propria realizzazione, elabori nel corso del proprio dispiegamento un potere che esso stesso produce sia sul piano della forma sia su quello del contenuto. La vita smette così di essere una natura

---

<sup>336</sup> G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, op. cit., p. 191.

<sup>337</sup> *Ivi*, p. 190.

<sup>338</sup> L'estensione dal biologico al sociale è uno dei temi aggiunti nella seconda edizione della tesi di dottorato del '43. Cfr. G. Canguilhem, *Nuove riflessioni intorno al normale e al patologico*, cap. I "Dal sociale al vitale". Le due edizioni della tesi sono riunite (sia in edizione originale francese sia in traduzione italiana) in un unico testo, quello che io cito, edito dal 1966: G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, op. cit.

per diventare un progetto, nel senso proprio dello slancio che la squilibra proiettandola senza sosta oltre se stessa, a rischio di vederla vacillare.<sup>339</sup>

Questo vacillare non è altro che la malattia, il patologico; non si tratta di un disvalore bensì di una dimensione necessaria alla vita, o meglio, una dimensione che è vita stessa: quello che Canguilhem ci sta dicendo è che non solo non siamo macchine ma *viventi*, siamo viventi in virtù del fatto che possiamo ammalarci e guarire, che la nostra patologia è anormale non perché priva di norma - la vita è produzione continua di norme - ma perché le sue possibilità di vivere e svilupparsi in nuovi ambienti, vede cioè restringersi le sue possibilità.

Questo concetto ci riporta al punto da dove avevamo cominciato: il normale e il patologico in psicopatologia e psichiatria. Canguilhem stesso, pur concentrandosi sulla fisiologia e l'anatomia, considera di grande importanza la sua riflessione proprio per queste parti della medicina, ove i giudizi di sano e malato trapassano la clinica giungendo direttamente al vivere in società. Il riferimento a Minkowski è d'obbligo per il filosofo, in quanto la dinamica appena descritta della malattia come restringimento della capacità normativa suona indiscutibilmente affine all'analisi minkowskiana dell'esperienza alienata, in particolare schizofrenica, come interruzione, sospensione della sintonia tra il soggetto e il mondo<sup>340</sup>. Per lo psichiatra francese, sulle orme di Bergson, gli uomini vivono grazie ad uno *slancio* che li porta a dispiegarsi nel mondo, a superare la propria condizione naturale e progettarsi; le vite alienate perdono la possibilità di questo slancio nel mondo comune, si vedono ridurre l'orizzonte delle proprie possibilità; la malattia mentale come natura ontologica autonoma che si impadronisce dell'organismo non trova posto in una visione del paziente come *être autrement*. Il concetto positivo di normale e patologico sono pericolosissimi in psichiatria poiché non indicano una condizione puramente biologica, ma anche e soprattutto la condizione del vivere in comune: il rischio è considerare normale soltanto un determinato modo di vivere, un'unica maniera di adattamento al reale bollando come patologiche tutte le altre e lasciando alla psicologia e alla psichiatria nient'altro che una funzione poliziesca di controllo del lecito e del corretto. Questa preoccupazione porta Canguilhem a dichiarare la necessità di "trattare allo stesso

---

<sup>339</sup> P. Macherey, *Da Canguilhem a Foucault. La forza delle norme*, op. cit., p. 122.

<sup>340</sup> Cfr. *supra* pp. 93-94.

modo l'anomalia somatica e l'anomalia psichica"<sup>341</sup>, considerando dunque la possibile condizione patologica di disadattamento al mondo in comune - mondo che non ha alcun valore assoluto di normalità poiché è un prodotto storicamente determinato - come riduzione della normatività ma non sua assenza; la follia non è assenza di norma poiché "non si dà vita senza norme di vita, e lo stato morboso è sempre un certo modo di vivere"<sup>342</sup>.

Il progetto che Canguilhem ha costruito ha oltrepassato i confini della medicina e dell'epistemologia, proponendo "un'analisi filosofica della vita, intesa come attività di opposizione all'inerzia e all'indifferenza"<sup>343</sup>, come movimento continuo che cerca di superare se stesso e il mondo, vincendo la morte. L'ultimo tassello della riflessione sul patologico, novità pregnante della seconda edizione della tesi del '43, concetto che dà senso a questa lotta della vita che si esprime nel cambiamento e nella trascendenza, proviene dall'incontro con la microbiologia e la genetica: il concetto di *errore*. Esistono malattie iscritte nel nostro destino biologico, nel nostro DNA: come una specie di linguaggio, il nostro patrimonio genetico è soggetto a vizi di forma, sbagli di trascrizione del messaggio in grado di cambiare completamente la nostra vita e il nostro rapporto con l'ambiente. Il concetto di errore genetico spoglia il patologico dal suo significato di *male* e *mostruosità* che colpiscono l'organismo: come dichiara Foucault nella postfazione al testo del maestro, l'errore "è qualcosa come una perturbazione del sistema informatico, qualcosa come malinteso. Al limite la vita - da questo il suo carattere radicale - è ciò che è capace di errore"<sup>344</sup>; è la vita stessa che, esprimendosi in continue trascrizioni imprecise, continua a produrre norme che sono anche errori, è frutto di casuali mescolamenti di geni. "Tutto ciò ci rende unici, [...] ma talvolta anche difettosi"<sup>345</sup> e questo dato di fatto insieme ci affascina e ci spaventa: se il "male" è scritto in noi, è realmente radicale e al suo cospetto l'uomo è impotente. Da qui la necessità della medicina, una medicina che aiuti il vivente a integrare ciò che gli manca, a correggere il suo errore intrinseco e riprendere pieno possesso

---

<sup>341</sup> G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, op. cit., pp. 90-91.

<sup>342</sup> *Ivi*, p. 189.

<sup>343</sup> *Ivi*, p. 198.

<sup>344</sup> M. Foucault, *La vita: l'esperienza e la scienza*, postfazione a G. Canguilhem, *Il normale e il patologico*, op. cit., p. 281.

<sup>345</sup> *Ivi*, p. 241.

della propria normatività; soltanto una medicina non riduzionista e non normativa che riconosce nel vivente un essere complesso, irriducibile ai meccanismi fisici e biologici che animano il suo organismo.

Il vivente sarà sempre in scarto rispetto a quell'invenzione astratta che è *tipo normale*, sarà sempre un esemplare difettoso sia per la scienza sia per la società. Ma se, seguendo l'esempio di Canguilhem, ognuno fissa le sue norme che sono irriducibilmente differenti da quelle di un altro, così come l'allenamento del fondista non è lo stesso del velocista, allora il *tipo normale* non esiste, o meglio, non rappresenta nessuna forma di vita poiché ogni soggetto possiede la sua propria normatività particolare. A questo proposito Macherey parla di "esperienza individuata"<sup>346</sup> e questo concetto ci consente di passare dal biologico al sociale: non vi è in Canguilhem un'esperienza del vivente generale, come la medicina e la scienza ricercano nell'urgenza di costruire tipi, bensì solo esperienze singolari; è necessario però non confondere questo valore soggettivo con l'indeterminatezza e il relativismo. Il vivente non si dà mai solo, bensì sempre *relazione* con l'ambiente, un mondo *in comune* che influenza in modo determinante la singolarità dell'organismo:

il potere di vivere, in quanto potere umano, si realizza in forme che, ben lungi dall'essere liberamente inventate da individui condizionati solo dalle loro caratteristiche biologiche, cioè solo dalle disposizioni naturali che li distinguono gli uni dagli altri, rispondono a condizioni che definiscono la costituzione dell'ambiente umano attraverso la storia.<sup>347</sup>

Il rapporto, di memoria eraclitea, tra il soggetto e il mondo della comprensione antropologica di Binswanger può iscriversi a buon diritto nella "*philosophie de la vie*"<sup>348</sup> di Canguilhem come esempio di un approccio che riconosce e rispetta la normatività intrinseca dell'esperienza del soggetto, considerando la follia come una particolare configurazione della relazione tra quel soggetto e l'ambiente.

Al tempo stesso i concetti di normale e patologico, ricostruiti, non senza difficoltà, dal filosofo francese, danno nuova forza alle ragioni dei sostenitori di una psichiatria differente e scrivono nuovi spunti di riflessione sul problema della diagnosi: ogni scienza non può essere mera tecnica, fredda e asettica, ma può

---

<sup>346</sup> P. Macherey, *Da Canguilhem a Foucault. La forza delle norme*, op. cit., p. 122.

<sup>347</sup> *Ivi*, p. 124.

<sup>348</sup> G. Le Blanc, *Canguilhem et les normes*, op. cit., p. 5.

fondarsi soltanto confrontandosi con la realtà umana e sociale, con quella che Canguilhem chiama *conoscenza della vita*. La vita è il fulcro dell'epistemologia del filosofo francese: il mondo che la scienza si è costruita per essere certa, oggettiva e infallibile, mondo duro e dai duri confini, non esiste se non nella morte in quanto esperienza in cui si annulla il soggetto; la scienza ha bisogno di questo scenario per conoscere, rinunciando così a cogliere e comprendere la potenza della vita. Canguilhem esprime in termini di conflitto tra la conoscenza scientifica e la vita il progressivo irrigidimento verso il calcolabile che la scienza moderna ha attuato, sulle orme di Cartesio.

In un articolo del 1946, *Machine et organisme*, riportato nel volume *La connaissance de la vie*, pubblicato nel 1952 e riedito nel 1956, la prospettiva abituale sul modello meccanico dell'organismo vivente viene rovesciata: riprendendo la concezione vitalistica settecentesca che suppone l'esistenza di una forza vitale capace di muovere l'intero organismo diramandosi attraverso i nervi che non ha in sé nulla di meccanico ma piuttosto una natura che si avvicina alla *sensibilità*, Canguilhem dichiara che non è l'uomo a funzionare meccanicamente, secondo il paradigma cartesiano dell'*homme machine*, bensì la meccanica e la tecnica imitano la struttura e il funzionamento dell'organismo<sup>349</sup>. Ciò che nell'organismo vi è di meccanico è un mero mezzo che aiuta la vita a dispiegarsi superando gli ostacoli nel suo rapporto con l'ambiente, la conoscenza scientifica, se vuole avere significato, non può che essere *conoscenza della vita* e non *scienza della morte*, imposizione di norme anonime e calcolabili. Ogni scienza, ci dice Canguilhem, ha imposto alla vita una norma che non le appartiene proprio in quanto non immanente, imposta dall'esterno in modo coercitivo, così come i grandi dispositivi di controllo sociale a cui Foucault ha dedicato tutta la sua produzione hanno normalizzato il vivere. Ogni scienza ha un'ideologia e l'ideologia non è mai innocente, è sempre un tracciare il solco tra il vero e il falso, il dentro e il fuori, il normale e l'anormale; l'epistemologo dipinto da Canguilhem è uno studioso della storia dei concetti della scienza, intesi non come teorie ma

---

<sup>349</sup> Sul vitalismo cfr. *supra*, p. 20

come *prodotti*<sup>350</sup> e dunque in quanto tali giudicabili, modificabili, rifondabili, contestabili.

Conoscere la storia di questi prodotti è essenziale per dare consistenza al progetto di costruzione di un'alternativa al riduzionismo, sia esso psichiatrico in particolare, medico in generale e scientifico in assoluto. Senza pretendere di esaurire il tema, vorrei addentrarmi in questa storia di concetti mettendo in evidenza quelle pratiche che hanno reso possibile l'affermarsi del paradigma riduzionista, nascondendone le fondamenta storiche e dotandolo del carattere di necessità.

## **2. L'oggettività scientifica: storie e inganni**

Il confronto con Canguilhem sul significato dei concetti del normale e del patologico ha mostrato come un certo tipo di scienza sia inadatto a comprendere la complessità degli individui e del mondo, poiché incapace di riconoscere la natura immanente e non trascendente delle norme, la vita come auto-normatività.

L'avventura della psichiatria fenomenologica ha tentato di rompere con questi paradigmi, *sperimentando* un approccio inedito (anzi antichissimo, come ricordano i *kosmoi* di Eraclito) alla persona.

Se pensiamo al mondo della scienza, ancora animato da un forte riduzionismo, questi tentativi sembrerebbero oggi dimenticati. Eppure molto si sta muovendo nel nostro presente rispetto al problema della *complessità*, non verso la sua risoluzione - credo si tratti di un progetto per sua natura inesauribile e insolubile - quanto verso l'ideazione di un modo di porre la questione, un modo *sostenibile*, che rispetti e metta al centro la pluralità e la differenza dell'esperienza umana<sup>351</sup>. Riflettere sull'origine storica del concetto di *oggettività scientifica* è un passo essenziale che si iscrive in questo nuovo modo di interrogare i saperi, sia le "scienze umane" e le "scienze naturali"; del resto l'aver stabilito un rigido confine tra oggettività e soggettività è stato uno degli atti costitutivi non soltanto del nostro concetto di scienza, ma in tutti gli ambiti della conoscenza umana.

---

<sup>350</sup> P. Macherey, *Da Canguilhem a Foucault. La forza delle norme*, op. cit., p. 54.

<sup>351</sup> Sulla complessità cfr. *infra* pp. 171 ss.

L'argomento è di enorme portata, molte sono le voci che hanno contribuito ad arricchirlo, ponendo problematiche sempre sotto nuova luce nuove e prospettive sempre stimolanti; ho scelto di seguire Lorraine Daston e Ian Hacking, tra ciò che accomuna i loro lavori e ciò che li separa, considerando i loro contributi tra i più lucidi e interessanti proprio rispetto a quel nuovo modo di interrogarsi, alle domande dimenticate o mancate nella storia delle scienze.

### §1. Una storia e un'ontologia

Nel suo contributo al volume curato da Roger Guesnerie e François Hartog *Des sciences et des techniques: un débat* (1998)<sup>352</sup>, Lorraine Daston si prefigge un compito duplice: presentare l'indirizzo di ricerca seguito dal centro sperimentale Max-Planck di Berlino di cui è tuttora direttrice e illustrarne il metodo e gli obiettivi con l'aiuto di un caso in particolare, - come vedremo non si tratta di un esempio qualsiasi - "*l'histoire des idéaux et des pratiques de l'objectivité scientifique*"<sup>353</sup>. Le tre scuole storiografiche principali negli ultimi decenni sulla storia delle scienze sono la scuola filosofica, la scuola sociologica e la scuola storica, chiama anche *science in context*; al di là delle peculiarità metodologiche di ogni indirizzo su cui Daston non può certamente soffermarsi in un articolo, i primi due hanno in comune una differenza rispetto alla scuola storica: non sono interessati a ciò che vi è di *locale* e *singolare* nella storia delle scienze, al contrario l'indirizzo di stampo storico propone degli studi precisi e dettagliati proprio su un episodio in particolare, sulla biografia di un tale scienziato o sull'impiego di un certo strumento.

Cette primauté du local est une question de principe: la connaissance s'enracine au plus profond d'une époque et d'un lieu, elle émerge au confluent du réseau, dense mais circonscrit de manière extrêmement précise, que forme tout contexte particulier, caractérisé par des catégories de pensée, une culture matérielle, un champ de forces politiques et institutionnelles et toute une série d'intérêts personnels.<sup>354</sup>

---

<sup>352</sup> L. Daston, *Une histoire de l'objectivité scientifique*, R. Guesnerie et F. Hartog (sous la dir. de), *Des sciences et des techniques: un débat*, Paris, Cahier des annales 45, Ed. de l'École des hautes études sociales, 1998, pp. 115-126.

<sup>353</sup> *Ivi*, p. 119.

<sup>354</sup> *Ivi*, p.117.

Si tratta di un aspetto estremamente rilevante ai fini del discorso di Daston: il fuoco di questa ricostruzione della storia delle scienze è composto sia dalle teorie scientifiche sia dai *contesti* e dalle *pratiche* che ne derivano, come gli strumenti presenti in un determinato laboratorio, i criteri messi in atto per le osservazioni sul campo oppure le convenzioni letterarie per la divulgazione scientifica; nelle compresenza di elementi così diversi tra loro sta la ricchezza dell'esperienza in archivio, capace di restituire all'ordine cronologico degli eventi la particolarità e il fascino delle microstorie.

Lungi dal voler giudicare migliore o peggiore uno dei tre approcci, Daston crede nella necessità di una collaborazione tra filosofia, sociologia e storia: se è vero che la storia delle scienze non può ridursi alle sole idee né ai soli metodi, allora l'unico programma attuabile è quello che mette in gioco più elementi e più "mondi", dagli strumenti di laboratorio all'idea rivoluzionaria, dai sistemi di misura convenzionali alla circolazione dei risultati ottenuti. Questo programma ancora *in fieri* propone una nuova alleanza tra la Macroistoria delle scienze, in termini filosofici e sociologici la storia delle grandi idee che hanno cambiato il nostro modo di vedere il mondo e i legami tra queste e il contesto sociale in cui sono comparse, e le microstorie dei singoli protagonisti e delle pratiche scientifiche: *historical epistemology*<sup>355</sup>, epistemologia storica, una "miscela"<sup>356</sup> tra teorie e pratiche, tra filosofia e storia.

L'esempio a cui Daston affida la spiegazione del suo progetto non è una scelta casuale: il criterio dell'oggettività è uno dei cardini, se non *il* cardine della scienza; ricostruire la sua storia e la storia delle pratiche e dei concetti che ne sono dipesi è un percorso capace di *depotenziare* le certezze su cui le scienze riposano, quasi indisturbate, da secoli come la rigida divisione del sapere, i giudizi di valore certo e incerto, scientifico e non-scientifico, vero e falso.

Una volta messo in dubbio lo statuto di potenza a-storica del concetto di oggettività scientifica, Daston procede indagando anzitutto a che cosa pensiamo quando parliamo di oggettività in generale: l'oggettività in sé non appartiene a un ambito in particolare, ma è un concetto che immediatamente rimanda a sfere

---

<sup>355</sup> Nonostante l'articolo sia scritto in francese, Daston preferisce lasciare la formula in inglese per rimediare all'istintivo richiamo all'*épistémologie historique* di Bachelard.

<sup>356</sup> I. Hacking, *Ontologia storica*, Pisa, ETS, 2010, p. 19.



distinte, anche molto diverse tra loro quali l'ontologia, la dimensione morale, la metodologia, l'epistemologia; sembrerebbe che in ognuna di queste declinazioni il termine "oggettivo" assuma un certo significato, e non sempre positivo. Un "metodo oggettivo" è un procedere nella conoscenza o nella comprensione di certo oggetto o un certo evento astraendo da ogni punto di vista, sia esso personali, nazionale, storico e, nell'esperienza più prettamente scientifica, anche spazio-temporale; parlando di morale, l'oggettività è vista come positiva poiché rimanda ad un comportamento giusto, imparziale e neutrale su ogni questione, al contrario può essere anche intesa come sintomo di freddezza e indifferenza, mancanza di compassione; in alcuni casi è addirittura possibile che si verifichino al tempo stesso un'esortazione alla neutralità e una critica dell'indifferenza.

*"Du point de vue de la clarté conceptuelle, la notion d'objectivité forme un tissu d'associations particulièrement complexe"*<sup>357</sup> così come è complesso capire quale sia stata l'operazione che ha consentito la fusione di aspetti spesso contraddittori tra loro in quel concetto che oggi è chiamato oggettività.

Non solo una retrospettiva, ma una storia con date precise: l'oggettività scientifica nasce nel corso del XIX secolo in quanto è in quegli anni che le componenti morali entrano a far parte del significato epistemologico del termine. Forse uno scherzo del destino, eppure i termini scolastici, nota Daston, avevano un senso in qualche modo opposto al significato moderno: *objectivus* si riferiva agli oggetti del pensiero, mentre *subjectivus* agli oggetti del mondo. La filosofia kantiana ha sostituito questa terminologia desueta e in un dizionario tedesco del 1820 i significati sono invertiti: *objektif* è ciò che è relativo ad un oggetto esterno, uguale per tutti, e *subjektif* come ciò che si riferisce all'interiorità, il contrario dell'oggettivo; verso il 1850 le due definizioni si auto-implicano per opposizione in tutte le principali lingue europee, il concetto di oggettività in senso moderno è dunque appena nato.

Daston prosegue la sua ricostruzione restringendo il campo all'oggettività *meccanica*, dunque alle conseguenze della sua applicazione alla scienza naturale. Anche in questo caso scopriamo un *passato*, un'evoluzione, e non un concetto identico a se stesso: prima dell'Ottocento i naturalisti non si ponevano "questioni

---

<sup>357</sup> L. Daston, *Une histoire de l'objectivité scientifique*, op. cit., p. 120.

di principio" sul problema dell'oggettività, al contrario, il cardine della loro esperienza del mondo era la conoscenza *per interpretazione* di quelle leggi naturali riconosciute come universali da cui supponevano derivare ogni evento e oggetto particolari; andavano fieri delle loro capacità di osservazione e comprensione, capacità che non potevano dirsi se non *soggettive*, sulle quali facevano inizialmente affidamento per poi ricercare in un secondo tempo la legge universale e il *tipo* generale ben celati nell'organismo o nell'evento. "*Ce n'est qu'au milieu du XIX siècle que les scientifiques commencèrent à envisager ces médiations comme dangereusement subjectives*"<sup>358</sup>: a partire da 1860 ogni tipo d'interpretazione, in qualunque scienza, deve scomparire sotto il vessillo dell'oggettività meccanica garantita dagli oggetti fisici del mondo naturale. Come ben sappiamo tale paradigma di scientificità si estende anche alla nascente medicina moderna, tanto che Daston ricorda le parole di Claude Bernard come *nuovo motto* della modernità, "*laissez la nature parler d'elle-même*"<sup>359</sup>: lo scienziato, sia il naturalista che il medico, deve adempiere con minuzia e zelo i proprio compiti da osservatore e mero registratore del dispiegarsi dei fenomeni della natura. Qualcosa scricchiola fin da subito, infatti Bernard si affretta a proseguire spiegando che *certamente* lo studioso deve *incitare* la natura a svelarsi, in che cosa consista effettivamente questo incitare non è chiaro,<sup>360</sup> ma ogni intervento interpretativo, soggettivo, comprometterebbe l'esperienza conoscitiva.

Con l'avvento della modernità, il concetto di oggettività da fluido si irrigidisce progressivamente diventando sinonimo di *ordine, regola, rettitudine*; i giudizi e le scelte soggettive del naturalista un tempo determinanti nella selezione e nella rappresentazione dei dati empirici raccolti lasciano ora il posto a procedure protocollari di osservazione e misura, automatismi che garantiscono la *verità* dei risultati. Eppure lo scienziato è sempre un soggetto, portatore di uno sguardo inevitabilmente suo proprio. Il metodo rigoroso e asettico della conoscenza per distanza richiede un vero e proprio *sforzo morale* che si esprime, secondo la

---

<sup>358</sup> L. Daston, *Une histoire de l'objectivité scientifique*, op. cit., p. 121.

<sup>359</sup> C. Bernard, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, 1865 in L. Daston, *Une histoire de l'objectivité scientifique*, op. cit., p. 121.

<sup>360</sup> La critica di Bruno Latour è forte proprio di questa ambiguità tra quello che appare come un obbligo *morale* a non agire sulla natura e attendere la spontaneità della sua rivelazione e il dichiarato incitamento a condurre alla natura di disvelarsi. Rimando al paragrafo in cui discuto la riflessione di Latour Cfr. *infra* pp. 178 ss.

formula di Ernest Renan<sup>361</sup>, nella rinuncia ad ogni vanità personale, nell'essere nient'altro che *humbles monographes* nei confronti della potenza (divina?) della natura; il valore morale entra realmente a far parte del concetto di oggettività meccanica.

L'oggettività così intesa ha concretamente trasformato il nostro modo di fare scienza, l'impiego della *fotografia* è un esempio formidabile della sua influenza sull'adozione di nuove pratiche scientifiche: dall'imperativo morale di allontanare il soggettivo in quanto produttore di errori, si preferisce sostituire l'occhio ad una *lente oggettiva* al fine di ridurre al minimo la mediazione tra il soggetto umano e l'oggetto naturale. Le prime fotografie non erano affatto riproduzioni fedeli della realtà, ma piuttosto scatti mal inquadrati, sgranati e in bianco e nero; in confronto, i disegni dei naturalisti, eseguiti pazientemente durante lunghe osservazioni, particolareggiati e a colori erano senza dubbio rappresentazioni più fedeli al modello. L'immediatezza quasi automatica della macchina fotografica si impone in quanto simbolo dell'oggettività meccanica, anche a costo di una minor resa delle immagini, "*l'exigence principale était moins d'atteindre à la vérité ou à la certitude que de se libérer de certains aspects de la subjectivité, notamment ici celle de l'interprétation*"<sup>362</sup>.

La storia proposta da Daston non inizia per Bacone o Cartesio, tradizionalmente dipinti come i pionieri di questo principio epistemologico, professori di fede dell'oggettività del metodo scientifico. L'oggettività scientifica è senza dubbio un principio epistemologico, ma è anche molto altro e cioè quell'insieme così eterogeneo di pratiche meccaniche e valori morali che arriva addirittura a contraddire i principi dell'epistemologia, come il caso della fotografia ha dimostrato. Se al metodo meccanico non si fosse unita la moralità dell'oggettività "*on se serait permis, quand cela s'avérait nécessaire, de corriger des pratiques qui desservaient les objectifs épistémologiques tels ceux de la précision et de la vraisemblance*"; il valore morale ha impedito di intervenire e correggere gli errori.

Le considerazioni sull'oggettività scientifica di Ian Hacking prendono le mosse proprio dall'epistemologia storica di Lorraine Daston, più volte citata nel suo

---

<sup>361</sup> L. Daston, *Une histoire de l'objectivité scientifique*, op. cit., p. 122.

<sup>362</sup> *Ivi*, p. 123.

*Ontologia storica* (2002), raccolta di articoli redatti in momenti diversi e per diverse occasioni a cui il filosofo consegna le linee guida per orientarsi nella sua metodologia, appunto l'ontologia storica. L'aggettivo esprime un accordo fondamentale con l'indirizzo di ricerca dastoniano, Hacking si riferisce al progetto sull'oggettività della storica della scienza come "la migliore investigazione di questo argomento"<sup>363</sup>: l'indagine storica spoglia i concetti del loro statuto di realtà sovraumana annullandone la potenza normativa, per esprimerci con un concetto di Canguilhem, e il loro valore morale precostituito, nel caso dell'oggettività scientifica la giustizia e la verità.

Il progressivo irrigidimento delle pratiche scientifiche verso i canoni positivisti messo in atto dalla modernità ha nascosto la vera natura di idee come l'oggettività<sup>364</sup> ossia il loro essere storiche e *situate*: nate in un contesto, elaborate da un preciso punto di vista in un *qui e ora* irripetibile che ha determinato il loro sviluppo. Hacking si spinge più in là di Daston, proponendo quasi una personificazione di questi concetti dotandoli di *memoria*, è indispensabile conoscere gli usi e i fini precedenti di un'idea al fine di analizzarli correttamente.

Oggi questi concetti sono nostri, e spesso sono essenziali al funzionamento stesso delle nostre società, delle nostre leggi, delle nostre scienze, delle nostre argomentazioni, e dei nostri ragionamenti. Siamo presi dalla trama di questi concetti, il che non vuol dire che non possiamo cambiarli, o che non stiano cambiando mentre parliamo - a volte, perfino perché parliamo.<sup>365</sup>

La lunga storia dell'affermazione dell'oggettività scientifica ad esempio, e il fatto che da essa dipenda in enorme parte il nostro modo di fare scienza e medicina, non deve regalargli ancora una volta il privilegio dell'imbattibilità: una volta scoperte le fallacie del ragionamento, le origini storiche dunque *culturali* e non naturali di questa idea non si deve lasciare che l'egemonia antica schiacci la possibilità di liberazione; è altrettanto sbagliato secondo Hacking cadere nel tranello dell'esistenza di una presunta "età dell'oro" della scienza, un'antica

---

<sup>363</sup> I. Hacking, *Ontologia storica*, op. cit., p. 19.

<sup>364</sup> Non è ovviamente il solo; sarebbe interessante continuare la ricerca, portata avanti da Daston al centro Max-Planck, rispetto ad altri concetti scientifici generali quali la credenza, l'opinione, l'imparzialità, l'argomento, la prova, e altri ancora. Come già osservato, l'oggettività è il concetto che si è imposto con maggiore forza come virtù principe della conoscenza scientifica. Cfr. *supra* p. 160.

<sup>365</sup> I. Hacking, *Ontologia storica*, op. cit., p. 20.

armonia in cui oggettività e soggettività erano unite nell'esperienza. Il mito dell'Arcadia perduta presuppone una rottura originaria come causa scatenante del nuovo concetto, ma come si è visto grazie alla ricostruzione di Daston l'oggettività scientifica è una costruzione che non è dipesa da alcuna repentina "caduta sepolcrale", da alcun "trauma"; si è trattato al contrario di un processo sotterraneo che si è rinnovato in diversi momenti costitutivi - le tappe analizzate da Daston - grazie all'adozione di nuove pratiche e nuovi discorsi.

L'ontologia storica di Hacking si iscrive sulle orme di un'analisi storica dell'aggiornamento di queste pratiche e questi discorsi rispetto alla *costruzione di oggetti* avvenuta, secondo l'insegnamento dell'archeologia foucaultina, su tre assi, il *sapere*, il *potere* e l'*etica*, dove con oggetti il filosofo intende in generale "ciò che è, [...] qualsiasi cosa sia individuale, [...] oltre agli oggetti «materiali» anche classi, tipi di persone"<sup>366</sup>. Daston nelle sue ricerche sulla macchina fotografica ha indagato la sua costruzione di tale oggetto lungo l'asse del sapere, secondo Hacking gli altri due orizzonti sono implicitamente compresi nella sua ricostruzione: per quanto concerne il potere, la macchina fotografica è entrata a far parte del sistema di identificazione e di sicurezza e controllo dei criminali ricercati o degli immigrati, la troviamo infatti sui passaporti, sui permessi di soggiorno e sui verbali d'ingresso in carcere; rispetto all'etica, la macchina fotografica garantisce l'onestà delle rappresentazioni, soltanto negli ultimi anni la digitalizzazione ha consentito nuovi inganni.

Il tema della creazione di oggetti è più radicale in Hacking che nell'epistemologia storica del gruppo di Berlino, questi ricercatori considerano attentamente che molti oggetti hanno avuto una parabola più o meno lunga nella storia della scienza, sono stati studiati e abbandonati; l'ontologia storica considera questa affermazione scontata. Al centro del suo interesse vi sono *esclusivamente* quegli oggetti e gli effetti che essi hanno contribuito a causare "che non esistono in alcuna forma riconoscibile finché non diventano oggetti dello studio scientifico"<sup>367</sup>, è questo il senso di quel *making up*, di quel costruire oggetti rispetto al sapere che ne proviene, al potere che impongono e ai valori morali che implicano per i soggetti.

---

<sup>366</sup> I. Hacking, *Ontologia storica*, op. cit., p. 12.

<sup>367</sup> *Ivi*, p. 24.

Tra tutti gli oggetti di cui l'ontologia storica di Hacking ha studiato la costruzione ve ne sono due in particolare che suscitano il nostro interesse poiché legate alla psichiatria e alla *costruzione di persone*: il trauma e la personalità multipla<sup>368</sup>.

La storia del trauma psichico consente di mettere in risalto le sue conseguenze dal punto di vista del sapere, del potere e dell'etica, è un esempio chiarificatore. Il termine "trauma" di per sé nasce esule dal mondo della psiche, riferito piuttosto ad una ferita *fisica*; l'evoluzione della psichiatria clinica verso la nuova alleanza con la neurologia e l'anatomia porta gli alienisti a cercare nel cervello una lesione anatomica scatenante la follia, vi è un presunto trauma fisico all'origine del male morale. Freud inizia a parlare di trauma come una ferita, una lesione del tutto simile a quella anatomica, ossia dolorosa e spesso profonda, ma esclusivamente *psichica*: il trauma è un evento che ha incrinato la vita interiore della persona, disturbando e problematicizzando il suo sviluppo personale, il suo rapporto con il mondo esterno. Alla base della follia, di *ogni* follia, si trova dunque un trauma, un sentiero interrotto; questa concezione dà vita ad un nuovo *sapere*: per capire noi stessi dobbiamo capire il trauma che abbiamo subito, poiché esso ci ha reso quello che siamo, la *traumatologia* è lo studio della persona che il trauma psichico ha prodotto. L'evento traumatico è una vera e propria fucina di potere: le vittime che l'hanno subito acquisiscono un potere enorme nei confronti dei loro carnefici nei tribunali e nei codici penali, i soldati a cui viene diagnosticato il *disturbo post-traumatico da stress* - nuova categoria che a partire dal DSM-IV ha sostituito il termine "nevrosi" - esercitano un potere sulle assicurazioni sanitarie e sugli indennizzi statali ricevendo pensioni speciali e privilegi. Il potere più importante che mostra che cosa significhi costruzione di categorie è quello impersonale dell'opinione comune sul trauma psichico: coloro che lo hanno subito rientrano immediatamente in una categoria a parte verso cui la società ha l'obbligo di essere caritatevole e benevola. A livello morale infine, rientrane nella categoria di "coloro che hanno subito un trauma" attira la compassione degli altri, fino alla

---

<sup>368</sup> Il mio intento è mettere in luce che cosa abbia portato la costruzione di queste categorie nella vita delle persone; per approfondire tutti gli aspetti di questi studi si vedano I. Hacking, *I viaggiatori folli. Lo strano caso di Albert Dada*, Roma, Carocci, 2000 e I. Hacking, *Plasmare le persone. Corso al Collège de France (2004-2005)*, Urbino, QuattroVenti, 2008.

completa discolpa di azioni che, se compiute da un soggetto "non traumatizzato psichicamente" sono giudicate riprovevoli; il trauma si collega dunque ai comuni concetti di responsabilità e dovere, diviene uno dei criteri per diagnosticare un disturbo depressivo o antisociale, altre categorie che producono individui.

L'analisi del problema della personalità multipla proposta da Hacking è di grande interesse proprio rispetto alla diagnosi. Dallo studio sistematico della storia delle statistiche ufficiali del XIX secolo emerge un dato sorprendente: dal 1820 nuove cifre molto alte entrano nei registri, *la statistica della devianza*, ossia l'analisi numerica dei suicidi, dell'alcoolismo, dei pazzi, dei vagabondi e della prostituzione per la prima volta divisi e ordinati per genere. "Si creavano continuamente nuove caselle in cui inserire e contare le persone"<sup>369</sup>, inventare dunque nuove categorie dotate di una forza inedita: formare classi ben determinate di persone. Rispetto al disturbo da personalità multipla questa costruzione del *tipo* è esemplare: lo studio delle statistiche ufficiali consente ad Hacking di dimostrare che questa categoria clinica sia stata inventata nel 1875, anno che vede la comparsa di uno o due casi, da quel momento in poi ne compaiono moltissimi.

La costruzione di categorie è uno strumento potentissimo che cambia completamente lo sviluppo delle persone e il loro rapporto con il mondo: i *tipi* attuano un restringimento progressivo dell'orizzonte delle possibilità individuali, così Fabrizio, in quanto schizofrenico, non può andare a prendere il suo caffè o passeggiare nel parco ma deve restare legato, un omosessuale nel nostro paese non ha la possibilità di formare una famiglia in senso giuridico.

Nuovi indirizzi stanno elaborando un approccio completamente diverso alle questioni pulsanti della nostra vita e della nostra scienza, studi che rovescia le prospettive abituali ponendo domande dalle formulazioni inedite; le questioni sollevate da Daston e Hacking si implicano a vicenda e, nonostante tutte le differenze, hanno senza dubbio in comune "la curiosità per la visione «scientifica» occidentale dell'oggettività"<sup>370</sup>, stile di ragionamento, di pensiero, metodo che ha costruito forse più di ogni altro alla costruzione delle categorie del nostro tempo.

---

<sup>369</sup> I. Hacking, *Ontologia storica*, op. cit., p. 137.

<sup>370</sup> *Ivi*, p. 257.

## §2. *Laboratori naturali?*

Dalle indagini di Lorraine Daston sulla storia delle pratiche e le idee dell'oggettività scientifica è emerso un aspetto interessante e costante: il concetto è stato costruito su fondamenta problematiche che ad ogni nuovo sviluppo si sono ripresentate e ogni volta sono state rimosse, come se non esistessero. Mi riferisco a quegli aspetti in se stessi contraddittori, quali l'appello di Claude Bernard a lasciare la natura libera di disvelarsi professando una conoscenza per distanza per poi rivolgersi al singolo scienziato esortandolo a favorire attivamente l'evento naturale; oppure sorvolare volutamente sul fatto che la fotografia usata scientificamente richieda comunque un'interpretazione personale, una mediazione tra l'oggetto e lo scienziato, dunque non rappresenti un metodo realmente oggettivo come si pretenderebbe.

La storia della scienza è ricca di queste contraddizioni che trovano origine nel presupposto, rivelatosi falso, della natura *necessaria* dei suoi concetti, in particolare l'oggettività, rivelatosi falso: gli oggetti e le pratiche scientifiche hanno una *storia*, la loro origine è iscritta in una miscela di elementi *naturali* oggettivi e elementi storicamente determinati, *culturali*, sempre situati; l'obiettivo della modernità, espresso nella vittoria del calcolabile sul complesso, è stato nascondere questa mescolanza.

Le ricerche di Bruno Latour, studioso dallo stile eccentrico e dalle proposte molto audaci, hanno per oggetto proprio la denuncia di questa chimera della modernità: aver nascosto il carattere "costruito" dei fatti e delle pratiche scientifiche. Latour è un etnografo di formazione che ha deciso di entrare in un laboratorio biochimica<sup>371</sup> per osservare *come si fa scienza*, cercando di dare nuova risposta a domande che ormai non si pongono più circa gli effettivi protagonisti dell'esperimento e sulle condizioni concrete che conducono all'esperimento stesso.

All'interno di quel laboratorio, "l'intruso" si rende conto che il prodotto dell'attività scientifica non è una semplice e pura registrazione dell'evento *naturale*, presentatosi spontaneamente agli occhi degli scienziati, il lavoro della

---

<sup>371</sup> Il risultato di questo esperimento meraviglioso è il noto testo a quattro mani: B. Latour e S. Woolgar, *Laboratory Life. The Social Construction of Scientific Facts*, 1979.



scoperta consiste piuttosto in "una dura lotta per costruire la realtà"<sup>372</sup> che implica continue negoziazioni tra il naturale e l'artificiale. Si è molto lontani dal motto "lasciate che la natura parli per se stessa", eppure il sorprendente di queste negoziazioni è l'apparenza assolutamente *non costruita* dei risultati ottenuti.

Al tema della sperimentazione in laboratorio Latour dedica molte pagine del suo saggio *Non siamo mai stati moderni*, edito nel 1991 e ripubblicato nel 2009 con l'aggiunta di una postfazione, facendo particolare riferimento ad una scoperta estremamente importante e alla celebre disputa tra il suo inventore e il filosofo inglese Hobbes: la pompa ad aria di Boyle. Latour ricostruisce la storia di questa scoperta, ricca di aneddoti ed elementi particolari: innanzitutto, Boyle evita con cura di chiamare "pompa a vuoto" la sua scoperta, scelta dovuta al non volersi inserire nel dibattito secentesco, sollevato da Torricelli, tra i sostenitori dell'esistenza del vuoto e coloro che la negano fortemente; l'apparecchio che lo scienziato realizza ha in grande pregio di essere in vetro, dunque permette di *vedere* che cosa accade all'interno del grande cilindro, ed per l'epoca e il costo della sua realizzazione è uno strumento molto avanzato, costruito proprio per questa dimostrazione. Il metodo adottato da Boyle per argomentare il suo esperimento è quello dell'opinione:

Boyle non si basa tanto sulla logica, sulle matematiche o sulla retorica, ma su una metafora paragiuridica: alcuni testimoni credibili, benestanti e in buona fede, riuniti intorno alla scena dell'azione, possono attestare l'esistenza di un fatto, *the matter of fact*, pur se ne ignorano la vera natura. Boyle inventa così lo stile empirico, di cui ci serviamo ancora oggi. Non cerca l'opinione dei gentiluomini, ma l'osservazione di un fenomeno prodotto artificialmente nell'ambito chiuso e riparato del laboratorio<sup>373</sup>

Hobbes critica aspramente l'esperimento dello scienziato poiché è fondamentalmente convinto dell'esistenza del vento d'etere e sostiene che l'unico procedimento scientifico che può condurre alla verità è quello della *dimostrazione matematica* poiché il mondo naturale è materia inerte e meccanica.

Hobbes ha torto, il vento d'etere non esiste. Al tempo stesso, Hobbes ha ragione nel sostenere che l'esperienza di laboratorio compiuta da Boyle infici i principi epistemologici di oggettività e incorruttibilità della materia naturale, con

---

<sup>372</sup>G. Giorello, *Prefazione* a B. Latour, *Non siamo mai stati moderni*, Elèuthera, 2009, p. 8.

<sup>373</sup>B. Latour, *Non siamo mai stati moderni*, op. cit. p. 33.

conseguenze enormi per la sfera politica: "come può reggersi una società, si indigna Hobbes, sulle misere fondamenta dei *matters of fact*?"<sup>374</sup>. La politica è tagliata fuori da un laboratorio artificiale in cui lo scienziato può attivamente costruire invenzioni in grado di contraddire i principi di oggettività e verità della scienza, dirette emanazioni del Leviatano.

Nonostante queste giuste critiche di principio, Boyle non soltanto scopre, a ragione, l'inesistenza del vento d'etere, ma riesce a vincere la disputa pubblica contro il filosofo facendo di un problema un'opportunità: i fatti sono *costruiti* in laboratorio grazie al *mezzo artificiale*, non naturale, della pompa ad aria, ma non per questo sono falsi, anzi, produrre fatti in un laboratorio controllato porta ad un vantaggio decisivo ossia rende l'esperimento non modificabile da un'interpretazione teorica, metafisica o morale.

La pompa a vuoto di Boyle e la conseguente dimostrazione dell'esistenza del vuoto non vengono più messe in dubbio; nonostante il XIX secolo segni il deciso passo nell'adozione del canone di oggettività nessuno si pone il problema del ruolo decisivo giocato da istanze non oggettive nella scoperta di Boyle.

Un caos di elementi oggettivi e soggettivi, una miscela tra natura e artefatto: l'esperimento e il suo *set* sono costruiti dallo studioso *ad hoc*, ma questa origine artificiale diventa sinonimo di neutralità e sicurezza, l'opera del costruttore si perde e garantisce la non modificabilità dei risultati; al tempo stesso questo oggetto artificiale è più attendibile del suo costruttore, è il vero protagonista dell'esperimento. Il laboratorio è quella grande invenzione capace di tenere insieme mondi opposti, macchine artificiali creano fenomeni che vengono scrupolosamente studiati da scienziati attenti a non inficiare, con le loro derive personali, gli eventi naturali; "Boyle e i suoi innumerevoli epigoni continueranno a costruire artificialmente la natura e a dire che la scoprono"<sup>375</sup> eppure nessuno si sente ingannato perché, conclude Latour, la storia delle scienze ha lavorato affinché si credesse impossibile un ibrido tra ciò che è necessario, naturale, oggettivo e ciò che invece è culturale, storicamente determinato, situato.

La denuncia latouriana "non siamo mai stati moderni" assume tutta la potenza del suo senso:

---

<sup>374</sup> B. Latour, *Non siamo mai stati moderni*, op. cit. p. 38.

<sup>375</sup> *Ivi*, p. 51.

I moderni si presentano davanti alla storia come coloro che si sarebbero finalmente affrancati da qualunque determinazione arcaica e naturali. Ma cosa hanno fatto in realtà? Hanno moltiplicato, su scala sempre maggiore e con un grado maggiore di implicazione via via più intimo, le connessioni con gli esseri sempre più numerosi ed eterogenei che permettono loro di esistere<sup>376</sup>

esseri ibridi, prodotti *natural-culturali*.

Soggetto e oggetto, natura e cultura, universale e particolare, umano e artificiale, corpo e mente, fatti e valori: su questi rigidi dualismi si è creduto - molti, troppi, credono ancora - di poter fare scienza, non riuscendo a scorgere al di là della chimera, non riconoscendo la profonda inadeguatezza di questo metodo.

Ma queste nuove realtà ibride ci circondano, conclude Latour, ed esigono un riconoscimento.

### §3. *Scandali della complessità*

Daston, Hacking, Latour sono tre nomi cui corrispondono tre progetti, tre orizzonti, tre *scandali*. "Costoro pretenderebbero di studiare la scienza alla stregua di qualsiasi attività sociale, né più svincolata dalle cure del mondo, né più universale o razionale di un'altra"<sup>377</sup>, sono infedeli che tentano di sabotare le fondamenta di ciò che di più certo, oggettivo, vero, reale vi è tra i nostri saperi, "la civiltà è in pericolo!"<sup>378</sup>

C'è dell'altro: Daston, Hacking, Latour non sono soli. In tutto il mondo si assiste ad un attacco su più fronti alle roccaforti secolari delle norme, contro ogni riduzionismo, al fine di rivoltare la concezione di individuo, di scienza, di società. È un progetto inesauribile, una sfida, la sfida della *complessità*.

Mi propongo, lungi dal volere e dal poter essere esaustiva, di presentare questa sfida, nella quale ritengo si inseriscano non soltanto le ricerche di Daston, Hacking, Latour, anche il lavoro sulle norme di Canguilhem e l'orientamento fenomenologico in psichiatria aprono nuovi sentieri che possono essere compresi in questo progetto rivoluzionario.

---

<sup>376</sup> B. Latour, *Non siamo mai stati moderni*, op. cit., p. 206.

<sup>377</sup> I. Stengers, *Politiche della ragione*, Bari, Laterza, 1993, p. 3.

<sup>378</sup> *Ivi*, p. 4.

Si tratta di un progetto formato da più piani, da una molteplicità di aspetti sempre in aggiornamento tanto che non è possibile dare una definizione preliminare del termine poiché, come nota giustamente Morin, se fosse possibile fornirne una spiegazione chiara, la complessità cesserebbe di essere complessa<sup>379</sup>. Ugualmente, Isabelle Stengers<sup>380</sup> sostiene che non esiste un paradigma della complessità poiché non si tratta né di un nuovo indirizzo epistemologico, non è una nuova metodologia, non riguarda una disciplina in particolare e neppure un confronto sulla storia delle pratiche e dei concetti impiegati nella storia dei saperi; la complessità è piuttosto un *valore*, inteso come oggetto prezioso, il quale "appartiene a un discorso *a proposito* della scienza"<sup>381</sup>.

È un oggetto veramente prezioso in quanto ha la capacità non solo di sollevare questioni inedite, ma soprattutto riformulare in modo completamente differente questioni dimenticate, proprio su questo punto il "complesso" si differenzia dal "complicato": i nuovi interrogativi somigliano all'antico dubbio socratico che scandaglia profondamente ogni affermazione alla ricerca della verità, domande che una volta espresse introducono aspetti che non possono più essere ignorati, ad esempio il concetto di errore genetico propone una nuova visione delle deviazioni dell'organismo tanto da mettere in dubbio il confine tra patologia e normalità<sup>382</sup>. La "scoperta della complessità" è l'apertura di un vero e proprio vaso di Pandora: come le più interessanti questioni filosofiche è continua scoperta di problemi e non di soluzioni. Dico "vaso di Pandora" poiché nella sfida che la complessità lancia al nostro tempo non vi è niente di rassicurante: in quanto le sue questioni minano la base di "quel tipo di formazione disciplinare inventato per le scienze così dette «dure» nel corso del XIX secolo"<sup>383</sup>, esse fanno tremare le fondamenta stesse del nostro modo di fare e di concepire la scienza, togliendo quell'aurea di sacralità in cui sono avvolti i miti dell'oggettività, dell'esaustività, della regolarità, dell'onniscienza. La complessità è un'impresa che può spaventare in quanto esige l'abbandono delle certezze su cui abbiamo edificato perfino la nostra concezione

---

<sup>379</sup> Cfr. E. Morin, *Le vie della complessità*, op. cit., p.49.

<sup>380</sup> Cfr. I. Stengers, *Perché non può esserci un paradigma della complessità*, G. Bocchi e M. Ceruti (a cura di), *La sfida della complessità*, op. cit., p. 61.

<sup>381</sup> Ibidem.

<sup>382</sup> Cfr. *supra* p. 155.

<sup>383</sup> I. Stengers, *Perché non può esserci un paradigma della complessità*, op. cit., p. 80.

di noi stessi e del nostro organismo; per esempio la cibernetica di Norbert Wiener ed i recenti studi sull'intelligenza artificiale, meravigliosi crocevia tra matematica, fisica, psicologia, neurofisiologia, costringono a riflettere profondamente sul senso di un mondo antropocentrico, sull'unicità dell'esperienza umana e sulla possibilità di una nuova alleanza oppure di uno scontro tra la mente e le macchine.

La *religione* dell'oggettività ha tracciato linee di confine invalicabili tra i saperi, dividendoli tra "scienze umane" e "scienze naturali", nella preoccupazione costante che una disciplina non si occupi degli oggetti di un'altra, nel segno dell'incomunicabilità reciproca e dell'impermeabilità; al contrario, la complessità esige una collaborazione multidisciplinare tra saperi anche molto distanti tra loro, collaborazione che, sempre rispettando le posizioni e le peculiarità di ogni "scienza", avvii un percorso critico comune all'insegna della condivisione e dell'abbattimento dei rigidi steccati. Questa divisione è in gran parte dipesa in passato, e forse ancora oggi in molti ne sono convinti, dall'idea che le scienze umane arrancassero proprio a causa della manifesta incapacità di semplificare, sulle orme dei principi e delle leggi delle scienze naturali, la complessità dei fenomeni umani e soggettivi; al contrario oggi

vediamo che le scienze biologiche e fisiche sono caratterizzate da una crisi della spiegazione semplice. E di conseguenza quelli che sembravano essere i residui non scientifici delle scienze umane - l'incertezza, il disordine, la contraddizione, la pluralità, la complicazione, ecc. - fanno oggi parte della problematica di fondo della conoscenza scientifica.<sup>384</sup>

Come Thomas Kuhn ha mostrato nel più che celebre *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, in ogni teoria scientifica vi è un nucleo che non ha nulla di scientifico, il *paradigma* è infatti quell'insieme di "credenze, valori, tecniche"<sup>385</sup> condiviso da una comunità scientifica.

Nulla è certo. Nessun concetto è salvo. Dalla prospettiva dell'oggettività la sfida della complessità è terrificante poiché reintroduce quei dubbi radicali da cui la conoscenza si andava affrancando da almeno tre secoli. Morin è fortemente convinto del fatto che l'errore del pensiero scientifico moderno non sia stato sviluppare un metodo quantificatore e generalizzante e neppure mettere tra

---

<sup>384</sup> E. Morin, *Le vie della complessità*, op. cit., p. 49.

<sup>385</sup> T. Kuhn, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Torino, Einaudi, 1995, p. 212.

parentesi ciò che non poteva essere calcolato o da cui non si poteva astrarre il particolare; la chimera a cui la modernità ha creduto è all'inesistenza o all'irragionevolezza di ciò che non può essere ridotto a calcoli e classificazioni oggettive, mi sembra che la storia della psichiatria dia prova di questo processo.

Prima ancora che nelle scienze, la complessità è iscritta nel *corpo vivente*, quell'unione indissolubile di mente e corpo, volizioni e pensieri, nervi e istinti, geni ed emozioni che è l'Essere-uomo, irriducibile e indivisibile. La questione del soggetto e della soggettività, se riformulata in chiave complessa, esige un riferimento al problema della concezione del soggetto come *maschile-neutro*, oggetto di critica di numerose epistemologhe, storiche e filosofe femministe.

Negli anni novanta i dibattiti sul ruolo del *gender* nella storia della scienza così come in epistemologia e filosofia hanno fatto il loro ingresso sulla scena storiografica scientifica, certamente favorite dall'affermazione della storia culturale della scienza; l'interrogativo che questi nuovi approcci pongono è capire quanto e come fattori particolari e individuali quali l'appartenenza etnica, la razza, il sesso, la condizione sociale e molti altri condizionino la conoscenza scientifica.

Per quanto concerne il problema del genere in relazione alla scienza, vi sono tre ordini di questioni, rilevate dalla storica della scienza Londa Schiebinger, autrice dell'importante volume *The Mind has no sex? Women in the origins of science* (1989): una prima rubrica riguarda le donne come soggetto dell'esperienza scientifica, ossia la presenza delle donne scienziate e si propone di capire se e come le donne fanno scienza in un modo differente dai colleghi uomini; la seconda rubrica riguarda al contrario le donne come oggetto d'indagine scientifica, con particolare riferimento alla sessuologia; l'ultimo tema riguarda la presenza nella scienza di immagini e concezioni che sono segnate da idee di genere, per esempio l'idea della natura come *madre* o i legami tra di eco cartesiana tra l'immaginazione materna e la nascita degli anormali<sup>386</sup>.

Ammettere, come la sfida della complessità insegna, che l'osservazione dei fenomeni naturali, culturali o sociali non è una semplice traduzione di un'osservazione neutrale dai risultati oggettivi bensì un complesso processo di

---

<sup>386</sup> Su questo argomento estremamente interessante rimando a R. Braidotti, *Madri, mostri e macchine*, Roma, Manifesto Libri, 2005.

costruzione di conoscenza e di nuovi concetti, implica considerare *ogni aspetto* della soggettività in gioco, e il genere è un aspetto realmente determinante.

Le critiche radicali di epistemologhe femministe quali Sandra Harding, Lorraine Code, Elizabeth Potter e molte altre, sono rivolte in particolare alle conseguenze dell'oggettività richiesta dalla conoscenza per distacco, *S-knows-that-p epistemologies*<sup>387</sup>, non solo ha calpestato la soggettività ineliminabile degli oggetti studiati e dei soggetti conoscenti, ma per questi ultimi ha creato una precisa categoria ossia l'uomo-bianco-occidentale-classe-media, escludendo gli altri soggetti dalla produzione dei saperi, dunque, seguendo Foucault, dal potere. Prendere finalmente in considerazione la soggettività è un compito necessario che dovrà essere arricchito dall'intento di restituire alle donne e agli "altri-Altri" un peso e un valore nella storia delle pratiche e delle idee scientifiche.

Come ogni critica, in particolare se radicale, suscita contro-critiche, il tema del genere e dei *soggetti situati* nella scienza è oggetto di dibattito epistemologico, storico, filosofico e persino politico. Una sfida che si prefigga di rovesciare le prospettive abituali non possa negare che le questioni di *gender* o l'orientamento di uno scienziato, la sua collocazione culturale o istituzionale abbiano influenza sul modo in cui si sviluppa una disciplina scientifica. Il fatto che in filosofia della scienza e nella storia della scienza il concetto di *gender* costituisca un argomento al centro di analisi critiche e di controversie è una chiara prova della sua indiscutibile rilevanza.

---

<sup>387</sup> L. Code, *Taking Subjectivity into Account*, in L. Alcoff and E. Potter (edited by), *Feminist Epistemologies*, New York, Routledge, 1993, p. 16.

## Bibliografia

L. Alcoff and E. Potter (edited by), *Feminist Epistemologies*, New York, Routledge, 1993.

E. Basso, *L'épistémologie clinique de Ludwig Binswanger (1881-1966): la psychiatrie comme «science du singulier»*, "Histoire, Médecine et Santé", n. 6, 2014, pp. 33-48.

S. Besoli (a cura di), *Ludwig Binswanger. Esperienza della soggettività e trascendenza dell'altro. I margini di un'esplorazione fenomenologico-psichiatrica*, Macerata, Quodlibet, 2006.

S. Benvenuto, *Il DSM-5. Una tigre di carta*, in <http://www.psychiatryonline.it/node/5368>, 2 dicembre 2014. (ultima consultazione 26 marzo 2015)

L. Binswanger, *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze*, Bern, Verlag, 1955 (trad. it. di E. Filippini *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*, a cura di F. Giacanelli, Milano, Feltrinelli Editore, 1970).

L. Binswanger, *Being in the World: selected papers of Ludwig Binswanger. Translated and with a Critical Introduction to His Existential Psychoanalysis* by J. Needleman, 1963; trad. it. di A. Angioni e G. Banti, *Essere nel mondo*, a cura di J. Needleman, Roma, Astrolabio, 1973.

L. Binswanger, *Der Fall Ellen West*, Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, vol. 53, 1944; trad. it. di C. Mainoldi, *Il caso Ellen West e altri saggi*, a cura di F. Giacanelli, Milano, Bompiani, 1973.

L. Binswanger, *Drei Formen Missglückten Daseins*, Tübingen, Max Niemeyer Verlag, 1956; trad. it. di E. Filippini, *Tre forme di esistenza mancata. Esaltazione fissata, stramberia, manierismo*, a cura di E. Filippini, Milano, Il Saggiatore, 1964.

L. Binswanger, *Traum und Existenz*, 1930 (trad. it. di C. Giussani, *Sogno ed Esistenza*, Milano, SE, 1993).

L. Binswanger, *Wahnsinn als Lebensgeschichtliches Phänomen und als Geisteskrankheit. Der Fall Ilse*, Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, vol. 110, 1945 (trad. it. di C. Mainoldi, *La follia come storia vissuta e come malattia mentale. Il caso Ilse in Il caso Ellen West e altri saggi*, a cura di Giacanelli, Milano, Bompiani, 1973).

E. Bleuler, *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin, Springer, 1937 (trad. it. di C. Mainoldi, *Trattato di psichiatria*, Milano, Feltrinelli, 1967).



G. Bocchi e M. Ceruti (a cura di), *La sfida della complessità*, Milano, Feltrinelli, 1985.

R. Braidotti, *Madri, mostri e macchine*, Roma, Manifesto Libri, 2005.

G. Canguilhem, *La connaissance de la vie*, Paris, Vrin, 1965.

G. Canguilhem, *Le normal et le pathologique*, Paris, Presses Universitaires de France 1966; trad. it. di M. Porro, *Il normale e il patologico*, Torino, Einaudi, 1998.

D. Cargnello, *Alterità e alienità. Introduzione alla fenomenologia antropoanalitica*, Milano, Feltrinelli, 1966.

R. Castel, *L'Ordre psychiatrique*, Paris, Minuit, 1976; trad. it. G. Procacci, *L'ordine psichiatrico, l'epoca d'oro dell'alienismo*, a cura di F. Giacanelli, Milano, Feltrinelli, 1980.

J. Chasseguet-Smirgel, *Le corps comme miroir du monde*, Paris, Presses Universitaires de France, 2003; trad. it. di M. Cis e F. Del Corno, *Il corpo come specchio del mondo*, (a cura di) F. Del Corno, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2005.

M. Colucci (a cura di), *La diagnosi in psichiatria*, "aut-aut", n. 357, gennaio-marzo 2013.

L. Daston, *Une histoire de l'objectivité scientifique*, R. Guesnerie et F. Hartog (sous la dir. de), *Des sciences et des techniques: un débat*, Paris, Cahier des annales 45, Ed. de l'École des hautes études sociales, 1998, pp. 115-126.

B.M. D'Ippolito, *Dimensioni dell'esistenza secondo L. Binswanger*, in "Comprendre. Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques", n. 16-17-18.

E. Fachinelli, *Su Freud*, Milano, Adelphi, 2012.

V. Fiorino (a cura di), *Rivoltare il mondo, abolire la miseria: un itinerario dentro l'utopia di Franco Basaglia (1953-1980)*, Pisa, ETS, 1994.

V. Fiorino, *Spazi del sé. Riflessioni sul "soggetto" attraverso i modelli e le pratiche psichiatriche in Italia tra Ottocento e Novecento*, in "Memoria e ricerca", n. 47, settembre-dicembre 2014.

M. Foucault *La psychologie de 1850 à 1950*, in "Revue Internationale de Philosophie", vol. 44, n. 173, 2/1990, pp. 159-176.

M. Foucault, *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973-1974*, Édition établie sous la direction de F. Ewald et A. Fontana par J. Lagrange,

Paris, Gallimard, 2003; trad. it. di M. Bertani, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Milano, Feltrinelli, 2004.

M. Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961 (trad. it. F. Ferrucci, *Storia della follia nell'età classica*, Milano, Rizzoli, 1976).

M. Foucault, *Histoire de la sexualité*, vol. 1 *La volonté de savoir*, Paris, Gallimard, coll. TEL, 1976

M. Foucault, *Introduction à L. Binswanger, Le rêve et l'Existence*, Paris, Desclée de Brouwer, 1954; trad. it. di L. Corradini, *Introduzione a Sogno ed Esistenza*, Milano, SE, 1993.

M. Foucault, *Naissance de la clinique. Une archeologie du regard médical*, Paris, Presses Universitaires de France, 1963; trad. it. di e a cura di A. Fontana, *Nascita della clinica, una archeologia dello sguardo medico*, Torino, Einaudi, 1998.

U. Galimberti, *Psichiatria e fenomenologia*, con un saggio introduttivo di E. Borgna, Milano, Feltrinelli, 1979.

M. Galzigna, *La malattia morale. Alle origini della psichiatria moderna*, Venezia, Marsilio, 1992.

E. Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, New York, Anchor, 1961.

R.A. Gordon, *Eating Disorders. Anatomy of a Social Epidemic*, Oxford, Blackwell Publishers Ltd, 1990; trad. it. di D. Cavagna, *Anoressia e bulimia. Anatomia di un'epidemia sociale*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2004

I. Hacking, *Historical Ontology*, Cambridge, Harvard University Press, 2002; trad. it. di P. Savoia, *Ontologia storica*, Pisa, ETS, 2010.

L.L. Havens, *Emil Kraepelin*, in "Journal of nervous and mental Diseases", n. 141, 1965, pp. 16-28.

A.M. Iacono, *L'evento e l'osservatore. Ricerche sulla storicità della conoscenza*, Pierluigi Lubrina Editore, 1987.

A. Koyré, *Dal mondo del pressappoco all'universo della percezione*, 1950.

T.S. Kuhn, *The Structure of Scientific Revolutions*, The University of Chicago, 1962 e 1970; trad. it. di A. Carugo, *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Torino, Einaudi, 1995.

B. Latour, *Nous n'avons jamais été modernes*, Paris, Editions La Découverte, 1995; trad. it. di G. Lagomarsino, *Non siamo mai stati moderni*, Elèuthera, 2009.

B. Latour, *Un monde pluriel mais commun. Etretiens avec François Ewald*, Paris, Éditions de l'Aube, 2005.

G. Le Blanc, *Canguilhem et les normes*, Paris, Presses Universitaires de France, 2007.

P. Macherey, *Da Canguilhem à Foucault, la force des normes*, Paris, La fabrique éditions, 2009; trad. it. di P. Godani, *Da Canguilhem a Foucault. La forza delle norme*, Pisa, Edizioni ETS, 2011.

C. Marazia, *L'internamento dei grandi: Ludwig Binswanger e la clinica Bellevue*, in "Medicina & Storia", vol. 10, 2005, pp. 75-92.

J. Marceau, *La question de la corporéité dans le cas Ellen West de L. Binswanger*, "L'Évolution Psychiatrique", vol. 67, n. 2, avril-juin 2002.

E. Minkowski, *Cosmologia e follia. Saggi e Discorsi*, a cura di F. Leoni, Prefazione di E. Borgna e C. Sini, Napoli, Alfredo Guida Editore, 2000

E. Minkowski, *La schizophrénie*, 1927; trad. it. di G. Ferri, *La schizofrenia*, a cura di S. Mistura, Verona, Bertani Editore, 1980.

E. Minkowski, *Le temps vécu. Étude phénoménologique et psychopathologique*, 1933; trad. it. di G. Terzian, *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*, a cura di F. Leoni e E. Paci, Torino, Einaudi, 1971.

E. Minkowski, *Vers une cosmologie*, 1936; trad. it. di D. Tarizzo, *Verso una cosmologia*, introd. di E. Borgna, Torino, Einaudi, 2005.

S. Mistura, *Psicologia dell'ossessione tra scrupolo ed allucinazione*, in "Comprendre. Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques", n. 14, 2004.

F. Mondella, *Il concetto di malattia mentale nell'opera di Emil Kraepelin*, in "Sanità, scienza e storia", n. 3, 1986.

S. Moravia, *Dall'Homme machine all'Homme sensible: modelli antropologici dell'uomo nel XVIII secolo*, in S. Moravia (a cura di), *Filosofia e scienze umane nell'età dei Lumi*, Firenze, Sansoni, 1982.

S. Moravia, *La scienza dell'uomo nel Settecento*, Bari, Laterza, 1978.

P. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale au la manie*, Paris, 1801; trad. it. di F. Fonte Basso, *La mania, trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, (a cura di) F. Fonte Basso e S. Moravia, Venezia, Marsilio, 1987.

Platone, *Cratilo*.

Platone, *Fedone*.

G. Reale, *I presocratici*, Firenze, Nuova Italia, 1967.

W. Shakespeare, *Romeo and Juliet*.

R.L. Spitzer, A. Frances, *Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5*, in "Psicoterapia e scienze umane", n. 2, 2011, pp. 247-262.

I. Stengers, *Le politiche della ragione*, Bari, Laterza, 1993.

F. Stok, *Kraepelin e i kraepeliniani in Italia*, in F.M. Ferro (a cura di), *Passioni della mente e della storia. Protagonisti, teorie e vicende della psichiatria italiana tra '800 e '900*, Milano, Vita e pensiero, 1989.

L. Trisciuzzi, C. Fratini, M.A. Galanti, *Dimenticare Freud? L'educazione nella società complessa*, Scandicci, La Nuova Italia, 1998.

M. Vegetti, *Il coltello e lo stilo*, Milano, Il Saggiatore, 1987.