

Dal *NOSOS* della malattia mentale al *PATHOS* come vissuto di paziente: Il percorso di EUGENIO BORGNA tra psichiatria e fenomenologia.¹



di Paolo Parciasepe – Psicologo, Psicoterapeuta, Consulente Filosofico

MALATTIA E PERSONA

Quando si parla di psichiatria fenomenologica o quantomeno di orientamento fenomenologico in psichiatria possono sorgere dei dubbi circa le possibilità di tale approccio nello specifico della prassi clinico-terapeutica.

Ma sebbene la psichiatria di orientamento fenomenologico sia molto difficilmente rappresentabile come un corpus di conoscenze fruibili e definite, la conclusione che si trae dall'analisi, purchè approfondita, delle sue tematiche più rappresentative e ricorrenti (disponibili nell'insieme dei molteplici contributi che la costituiscono), ne chiarifica il senso proprio in rapporto all'*esperienza* e al rapporto *diretto* con il paziente. Che cosa qualifica allora questo approccio?

Nei decenni a cavallo tra '800 e '900 in Europa si configurò storicamente un processo culturale dalla compagine piuttosto complessa le cui tendenze si incontrarono in una comune esigenza rappresentata se non proprio da una drastica rottura nei confronti del positivismo, quantomeno da una ritraduzione in chiave senz'altro più problematica e critica delle metodologie e dei rassicuranti abiti mentali e culturali ad esso conseguenti.

Nell'area della psicologia, e in generale in quella che fu infelicemente definita delle *geisteswissenschaften*, questa esigenza si avvertì in modo particolare. Qui, il contributo decisivo della riflessione fenomenologica (che dal fermento in corso elaborò importantissimi spunti) alla reazione contro il naturalismo positivistico consentì sia il non facile passaggio (già iniziato da Freud) verso un paradigma di tipo ermeneutico sia l'orientamento della ricerca psicopatologica nella prospettiva di un riesame degli assunti metodologici mutuati *sic et simpliciter* dalle scienze fisico-naturalistiche.

La rilettura, dunque, e non la negazione dell'assiomatico enunciato griesingeriano² si collocò entro un nuovo e più ampio orizzonte di ricerca che ebbe – e che tutt'ora ha – come punto di partenza e come obiettivo antropologico il valore dell'attenzione e della cura (*therapeia*) per la persona-umana-sofferente, considerata nella globalità del suo essere e dei suoi significati vissuti, alla quale dunque ricondurre autenticamente ogni possibile tensione conoscitiva e ogni conseguente scelta di ordine pratico.

La fenomenologia non si espresse in un omogeneo movimento di pensiero ma in una corrente di idee in continua elaborazione, diversificata nei numerosi contributi che, a partire dalla complessa opera husserliana fino agli importanti suggerimenti della filosofia dell'esistenza, permisero la riscoperta e la problematizzazione di concetti e spazi tematici di fatto distorti dalla tradizione scientifico-culturale o da questa ignorati.

Il compito precipuo di *disoccultare* (termine caro ai fenomenologi) e riappropriarsi in modo critico delle *operazioni di senso* che sottendono, in una regione che Husserl definisce *trascendentale*, ogni possibile percorso conoscitivo (così restituito all'autentico ruolo epistemico del soggetto conoscente), si consegnò all'immagine che meglio descrive ancora oggi la fenomenologia: come itinerario, cioè, metodologico e critico.

Il ruolo del soggetto, in particolare, venne riconosciuto elettivamente nell'area delle discipline psicologiche in cui, in modo pressoché unico, si manifesta anche come oggetto di conoscenza, al quale pervenire attraverso la *messa in parentesi* di ogni assunzione ovvia e preconstituita, di ogni facile e rassicurante schematismo, di ogni aprioristico determinismo, di ogni teorizzazione esplicativa che in qualche modo escluda una genuina dimensione di pensabilità e di conferimento di senso.

L'andare incontro alle cose³ cogliendole nella loro immediatezza (ovvero nella critica consapevole di ogni tipo di mediazione teorico-culturale) non significa però contemplare un'evidenza così raggiunta, quanto riconoscere, per esempio, che i fenomeni sono intrinsecamente connessi con il ruolo di chi li osserva e li percepisce e non possono più essere ritenuti entità totalmente indipendenti dalle proposizioni che li descrivono; che la 'malattia mentale' non è un dato brutalmente oggettivo ma è un fenomeno che va dunque compreso in uno spazio intersoggettivo, in un ecosistema, cioè entro cui emerge e si svela la complessità di tutto un non scontato mondo di significati vissuti, di interazioni, di **trigger** ambientali.

Quando il soggetto diventa l'oggetto di conoscenza si specifica la dimensione antropologica in cui compiere la ricerca fenomenologica: la tensione, la curiosità, l'interesse verso l'esistenza umana in ogni sua forma diventano la cornice di ogni rapporto interpersonale finalizzato alla 'comprensione' dell'altrui vicenda e in cui direttamente costruirvi un'epistemologia ("osservando la propria osservazione sul soggetto", secondo una riuscita espressione di Heinz Von Foerster)⁴.

In questo modo la malattia mentale da 'ente nosografico' diventa 'modo d'essere' che si esprime concretamente nelle modalità del vivere quotidiano, anche le più banali e inavvertite.

La fenomenologia non ha eretto castelli di conoscenze sistematiche, non ha fornito indicazioni compiute, ma ha suggerito e comunicato uno stile di ricerca, un atteggiamento-guida, un modo per costruire dal vivo la conoscenza che si è rivelato e si rivela di fondamentale importanza per la comprensione dell'*esperienza esistenziale* della follia.

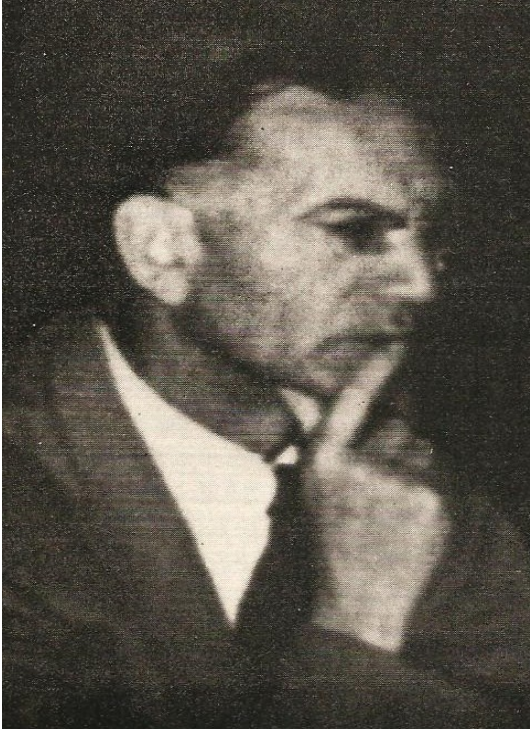
Non vi è alcuna via; è il nostro cammino a crearla

PSICHIATRIA E FENOMENOLOGIA IN EUGENIO BORGNA

Ma cosa significa oggi fare della psichiatria fenomenologica? Qual è stata l'evoluzione di questo indirizzo nella cultura psichiatrica italiana? Queste ed altre domande le ho rivolte, in due interviste⁵, a Eugenio Borgna, già responsabile del servizio di psichiatria dell'Ospedale Maggiore di Novara e attento studioso delle problematiche della metodologia dell'analisi fenomenologica nel campo psicopatologico.

Eugenio Borgna mi ha risposto fornendomi anzitutto una sua ricostruzione di quello che è stato l'itinerario storico della psichiatria fenomenologica in Italia, sottolineando il valore pionieristico del solco, certamente poco profondo nel terreno dominante della

cultura organicistica (e nondimeno contrassegnato dalla novità dei contenuti e dall'originalità delle ricerche), tracciato da Giovanni Enrico Morselli.



“Il riferimento al pensiero fenomenologico compare già nel primo lavoro scritto del Prof. Giovanni Enrico Morselli (direttore, fino al 1970, dell'Ospedale Psichiatrico di Novara), il quale, con una sommaria consapevolezza metodologica ma con un'indubbia intuizione clinica, si richiamava in qualche modo alla fenomenologia jaspersiana. Questo scritto, pubblicato nel 1930 sull'*Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria* dell'Università Cattolica con il titolo *Sulla dissociazione mentale*, reca un'impronta fenomenologica non strettamente riconducibile a quella husserliana (benché l'evoluzione di quest'ultima abbia conosciuto le tre fasi della fenomenologia descrittiva, nelle *Ricerche Logiche*, della fenomenologia trascendentale, nelle *Idee*, e della fenomenologia costitutiva della *Crisi delle scienze europee* e delle *Meditazioni cartesiane*)
(G.E. Morselli)

ma connessa, sia pure debolmente, con quella che è stata la fenomenologia jaspersiana, tra l'altro studiata attraverso la traduzione francese del 1928 della *Allgemeine Psychopathologie* e la successiva del 1932.

Questo lavoro, il primo di tale genere apparso in Italia, non ebbe alcuna risonanza, alcuna eco. I lavori di Morselli proseguirono e nel 1936 uscì un suo studio sull'autointossicazione sperimentale con mescalina. In questo studio Morselli fece letteralmente della fenomenologia in vivo, anche in questo caso scardinando quelli che erano (e sono) gli schemi naturalistici della psichiatria, non solo in ordine alla nosografia, ovvero all'articolazione e alla suddivisione delle malattie psichiche, ma soprattutto in ordine al linguaggio con cui il vissuto patologico veniva colto, descritto e analizzato: rinunciando cioè a quei modelli linguistici e concettuali legati alla fisica ottocentesca di cui si è sempre servita e continua a servirsi la psichiatria naturalistica. Nei confronti di quest'ultima la prima azione di contraccolpo si ebbe, dunque, negli anni dal 1930 in poi, in questi lavori, diciassette anni dopo la pubblicazione, in Germania, della *Psychopathologia generale*.

Nel 1937 Morselli partecipò a Parigi all'XI Congresso Internazionale di Psicologia con una relazione sulle allucinazioni in cui venne continuata e tenuta viva questa scia jaspersiana, considerata tuttavia senza il riferimento alla ormai classica distinzione tra *comprendere* e *spiegare*⁶ ma soltanto per ciò che riguarda il saper cogliere e il rappresentare il vissuto (patologico) così come si presenta, senza mediazioni, senza schemi, senza filtri ideologici e culturali.

Gli sforzi di Morselli praticamente si conclusero nei primi anni '50 senza avere avuto alcuna capacità di sfondamento. Il suo primo lavoro pubblicato nel 1930 resta comunque notevole soprattutto per l'impostazione, benché tutto sommato velleitaria, di una terapia dell'esperienza schizofrenica non fondata su quella che allora era la sola risorsa esistente, e cioè la terapia con shock insulinico, ma su quella che chiamava *psicoterapia* e che era in realtà un metodo abbastanza approssimativo fondato essenzialmente sull'intuizione e sulla

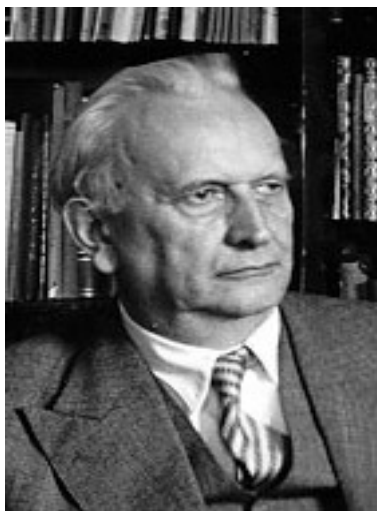
capacità di mettere in moto quei meccanismi di autocompensazione, per non dire di autoguarigione, che comunque esistono in ogni esperienza psicotica. L'importanza degli studi di Morselli, allora, non è solo storica, in ordine al rifiuto della gerarchia, del linguaggio della psichiatria e delle sue categorie naturalistiche, ma è legata all'originalità dell'impostazione dell'incontro tra medico e paziente, un incontro basato sul logos, sulla parola intesa come portatrice di terapia e di cura.

Come dicevo, nei primi anni '50 l'originalità di questa linea di pensiero e di azione in sostanza si spense, anche perché i lavori di Morselli si incontrarono e soprattutto si scontrarono con quelli di Danilo Cargnello che erano iniziati alcuni anni prima (1947, '48 e '49). Nel 1965-'66 uscirono alcuni lavori di Morselli e miei in contrapposizione alla linea fenomenologico-esistenziale sostenuta da Cargnello, da Callieri e da Bovi. In questi lavori avevo cercato di attribuire un maggiore spessore metodologico a quello che Morselli aveva scritto fondandosi esclusivamente sulla sua intuizione, sulla lettura di Scheler (anche questo autore tradotto dal tedesco al francese e letto in tale lingua, con tutti i limiti che può presentare una lettura tradotta) e di Minkowski, psichiatra, quest'ultimo, dalla grandissima capacità intuitiva vicina in qualche modo a quella di Morselli.

Escludendo i lavori degli autori italiani che ho citato e che citerò in seguito, tutti gli altri usciti in Italia più o meno fino al 1960 sono come 'bloccati', 'divorati' acriticamente dal paradigma naturalistico-neurologico di Griesinger che nel nostro paese è stato accettato nella sua accezione più piatta e livellata, a cui si è pertanto affiancata non solo una ricerca e una trattatistica focalizzate esclusivamente sul 'disturbo organico' e sull'eziologia organica dell'esperienza psicopatologica, ma, quel che è peggio, una gestione di quest'ultima nei soli termini, spesso disastrosi, dell'ospedalizzazione e dell'istituzionalizzazione manicomiale di stampo kraepeliniano.

I lavori di Morselli urtarono contro l'indifferenza generale della psichiatria accademica italiana di schietta impronta neurologica e poi, come accennavo prima, contro il paradigma heideggeriano di Ludwig Binswanger, indubbiamente più forte di quello jaspersiano, che Cargnello nel frattempo stava introducendo in Italia.

Binswanger seguì modelli epistemologici diversi. Prima quello psicoanalitico freudiano; poi, nel 1922, dopo l'uscita delle *Ricerche Logiche* e delle *Idee* il suo riferimento principale divennero le strutture conoscitive descritte da Husserl in queste opere.



(Karl Jaspers)

Nel 1926-'27 usciva *Essere e Tempo* di Heidegger e la psichiatria fenomenologica binswangeriana assunse i connotati dell'Analitica Esistenziale. Danilo Cargnello, come dicevo, riportò di Binswanger tutta la fase heideggeriana, che nacque con gli studi sulla maniacalità e proseguì con quelli sulle forme fondamentali dell'umana 'presenza' (il *dasein*, l'esserci) e con i grandi studi sulla schizofrenia, tutti lavori che nel 1957 saranno raccolti in volume.

Cargnello, negli anni tra il 1947 e il 1949, introdusse in Italia con i suoi primi lavori, sedimentati poi nel volume *Alterità e Alienità* uscito, però, solo nel 1966, l'impostazione non più intuitivo-husserliana ma heideggeriana che Binswanger aveva magistralmente sviluppato. Tra il 1950 e il 1960 Cargnello pubblicò altri lavori: per esempio, uno sulla morte e il morire, un altro sul concetto psicologico di distanza e,

nel 1961, su una rivista curata dal prof. Enrico Castelli dell'Università di Roma in un numero unico dedicato alla filosofia dell'alienazione, pubblicò un saggio su Binswanger e Freud, anche qui riportando sostanzialmente quella che è

stata l'interpretazione che Binswanger ha dato di Freud; un'interpretazione mirata

a riscattare la tesi dominante del naturalismo, distinguendo quello che in Freud è la piattaforma teorica da quello che in Freud è la prassi psicoterapeutica, nel tentativo, quindi, di rifondare antropologicamente la terapia psicoanalitica.

Nel 1952 iniziavano i primi lavori di Bruno Callieri. Callieri iniziò a pubblicare alcuni lavori influenzato da Jaspers – lavori che in parte si ritrovano nel suo volume *Quando vince l'ombra* – e continuò lungo altri solchi; dapprima husserliani e poi introducendo in Italia il pensiero di Karl Löwith e Martin Buber.

Per completare questa sommaria esposizione devono essere ricordati anche i lavori di Franco Basaglia, anch'essi inizialmente influenzati dall'orientamento fenomenologico jaspersiano. Il primo uscì nel 1953, gli altri si succedettero direi fino alla fine degli anni '60 con ispirazioni metodologiche contaminate, e in seguito egemonizzate, dal pensiero di Sartre (de *L'Essere e il Nulla* e, in parte, della *Critica della ragione dialettica*). In altri lavori, usciti verso il 1965, poi nella relazione svolta al Congresso della Società Italiana di Psichiatria nel 1966 e infine in una relazione svolta a Firenze nel 1967, Basaglia si richiamò anche all'Husserl della *Crisi delle scienze europee* e anche, in parte, all'Husserl delle *Meditazioni cartesiane*.

Comunque, ciò che denuncia tutta l'arretratezza della cultura psichiatrica del nostro paese è emblematizzato dal fatto che la *Psicopatologia Generale* di Jaspers venne pubblicata in italiano soltanto nel 1964, e cioè cinquantuno anni dopo la sua prima comparsa, nel 1913! E, tra l'altro, come una 'pianta esotica', senza cioè il contesto di quella che è stata la risonanza profonda e il grande dibattito che ha avuto il pensiero di Jaspers in paesi come la Germania, la Francia e anche la Spagna, ma accompagnata soltanto dai lavori di Morselli, di Cargnello, di Callieri, di Basaglia, di Bovi, di Giannini, di Piro e dai miei".



(Edmund Husserl)

"Per quanto riguarda l'altra questione che lei mi poneva e cioè il rapporto tra la psichiatria fenomenologica e il movimento antipsichiatrico possiamo dire che uno degli aspetti più chiari e nel contempo più rivoluzionari appartenente a questi due ambiti in stretta connessione è senza dubbio rappresentato dalla messa in discussione del paradigma della normalità psichica. Nel momento in cui Binswanger, insieme ad altri, ha affermato che ogni esperienza psicotica è una esperienza dotata di senso, con una sua intrinseca fondazione e con una sua intrinseca articolazione di significato,

diversamente ma strutturalmente intenzionato, è caduto lo spartiacque organicistico che separava la normalità psichica dalla anormalità dell'esperienza psicotica. La fenomenologia, seguendo in questo soprattutto Edmund Husserl, ha posto tra parentesi, ha *epocheizzato* il problema della normalità e della non-normalità psichica, utilizzando anche alcuni concetti del relativismo culturale e sociale.

Non più, quindi, la malattia psichica come sigillo irreversibile in un quadro sintomatologico inderivabile e assoluto ma come emblema di stimate in gran parte di natura ambientale, cioè di natura sociale, culturale, relazionale, antropologica. La conseguenza immediata di questo concetto, che ora appare senz'altro più consueto, è stato il riconoscere che ogni esperienza psicopatologica ha dentro di sé una *sua norma*, una sua rigorosa fondazione e che può essere letta utilizzando metodi diversi : per esempio, nel nostro caso, quello fenomenologico heideggeriano, come hanno fatto

Binswanger e Cargnello, o quello tipicamente husserliano della fenomenologia trascendentale; metodi che comunque sottolineano il significato di possibilità umana che esiste in ogni esperienza psicotica. A differenza del concetto di totale anarchia della ragione, di distruzione di ogni ragione sostenuto dal radicalismo del paradigma dominante, quello naturalistico e organicistico, e della sua visione estremamente dicotomica della malattia e della salute; della anormalità, quindi, e della normalità psichiche.

In tal modo passa quantomeno in secondo piano anche il problema delle cause delle malattie mentali⁷. Concentrando invece l'attenzione sull'esperienza psicotica colta nella sua immediatezza, di là quindi della sua possibile eziologia, non solo è stato possibile riconoscere possibilità terapeutiche più autentiche ma si è potuto constatare addirittura che molti dei quadri clinici che la psichiatria riteneva essere rigidamente *costitutivi* della malattia schizofrenica oppure di altre forme psicotiche non erano in realtà se non sovrastrutture : dinamiche, storiche, sociali, molto spesso iatrogene.



(G.FANTUZZI, manicomio di S. Lazzaro, R. Emilia, primi del '900)

Gli enormi manicomi di un tempo erano pieni di pazienti i quali, transitati dai reparti acuti dove si tentava con scarsi mezzi di curare, seguendo il modello medico, la fase acuta della loro malattia, venivano letteralmente abbandonati in reparti privi di storia e di speranza in cui si costruiva e si cronicizzava artificialmente una pseudo-malattia, una pseudo-psicosi non legata a quello che sia pure ne costituiva il drammatico esordio, ma una malattia prodotta e continuamente alimentata dalla mancanza pressoché assoluta di sollecitazioni mentali, umane, interpersonali. Una vera e propria condizione di laboratorio in cui si creavano malattie artificiali con quadri clinici anche infinitamente più gravi e distruttivi delle naturali fasi acute iniziali.

Tutto questo non è stato possibile riconoscerlo finché il paradigma organicistico costringeva a considerare e gestire la malattia mentale allo stesso modo di qualsiasi altra malattia.

A questa consapevolezza si è giunti soltanto utilizzando (e anche Basaglia in fondo lo ha riconosciuto) l'epoché husserliana, che mette tra parentesi la gestione prettamente medica dell'esperienza psicopatologica e l'enfaticizzato problema delle sue cause per cercare, invece, di coglierne la realtà umana attraverso una dialettica interpersonale, affrontando direttamente il problema dell'angoscia e della sofferenza della persona. In questo modo la psichiatria ha potuto allargare la sua visione fino a comprendere il significato terapeutico e antiterapeutico, creativo e distruttivo



del contesto interpersonale, sociale, culturale e ideologico entro cui ciascuno di noi vive".

Su questa radicale ragione umana, ribadita con vigore da Borgna, si articola la categoria che meglio sottolinea sia il significato sia la finalità della impostazione fenomenologica in psichiatria : quella che concerne l'esperienza dell'incontro e del rapporto con l'Altro. L'esperienza dell'incontro, se realisticamente contestualizzata in un ambito interpersonale tale da definirsi *sociale* nel suo significato più proprio, si consegna allora a possibilità terapeutiche davvero autentiche.

(Ludwig Binswanger)

“Il problema della terapia va suddiviso in due momenti essenziali: quello che riguarda la terapia delle nevrosi e quello riguardante quegli stati di grande sofferenza psichica che tematizzano l’esperienza psicotica, con tutto ciò che vi è di discutibile in questa suddivisione.

Per quanto concerne le nevrosi io non credo che si possa fare a meno delle organizzazioni metodologiche freudiane, pur contaminate in qualche modo, come in Boss e anche, in parte, in Binswanger, da elementi fenomenologico-esistenzialistici. Va detto che Binswanger stesso ribadì che le finalità della psichiatria antropologica e fenomenologica (di quella che, heideggerianamente, chiamò *Daseinanalyse*) erano soprattutto di natura epistemologica e che suo compito principale doveva pertanto essere la conoscenza di *come* si costituiscono i *mondi* psicotici e nevrotici. Una vera e propria teoria della conoscenza, priva, almeno inizialmente, di un esplicito e dichiarato scrupolo clinico-terapeutico e pertanto costantemente orientata a un atteggiamento, appunto, di conoscenza e di comprensione dell’altro, posto che per Binswanger il discorso terapeutico resta innanzitutto ancorato e conseguente a un problema di conoscenza. In due saggi (che sono in fondo due conferenze) sulla psicoterapia egli svolge infatti un discorso di fondazione metodologica circa il *conoscere* la sofferenza dell’altro.

Ma andando oltre Freud e oltre Binswanger la strategia concreta di intervento terapeutico per quanto riguarda le psicosi risulta essere complessa e articolata. Nel confronto terapeutico con le psicosi spesso franano metodi, impostazioni e setting di derivazione psicoanalitica, sebbene psicoanalisti eterodossi come Gaetano Benedetti abbiano verificato la possibilità di un confronto propriamente terapeutico con il paziente psicotico utilizzando tuttavia categorie importate dall’analisi fenomenologica. Nell’approccio al paziente psicotico, nei confronti del quale abbiamo certamente a disposizione una psicofarmacologia sintomatologica che ha continuato a evolversi fin dai primi anni ‘50, sostanzialmente si riflette non solo tutta l’importanza della categoria dell’incontro e del rapporto profondo tra due individualità ma anche l’efficacia della socioterapia, cioè di un’articolazione relazionale e ambientale organizzata, mirata a far sì che, strategicamente, sia il contesto a muoversi secondo precise linee.

Non è una malattia che viene curata, ma è la persona portatrice di questa esperienza che viene considerata, analizzata e con la quale ci si confronta.

Il riconoscimento, che è già terapeutico, della centralità della persona-paziente è l’effetto di una messa in parentesi del sovrainvestito problema eziologico e, conseguentemente, dell’assunzione dell’ipotesi, intellettualmente e scientificamente realistica, di una genesi multifattoriale dell’esperienza psicopatologica.

Sullo sfondo di una genesi multifattoriale tutto diventa possibile; le zone d’ombra molto profonde si fanno però più contenute nella misura in cui riusciamo ad aiutare veramente il paziente ad iniziare un progetto terapeutico inserito nell’analisi contestualizzata di questi possibili fattori che sincronicamente o diacronicamente entrano in gioco. Ora, questo è tale, anche su un piano di prassi immediata, per cui un servizio di psichiatria ospedaliero come il nostro, che lei ha visto, resti totalmente aperto e che questa molteplicità di fattori, che possono agire anche in sinergia tra loro, si alimenti in pratica di stimolazioni sempre positive facendo sì che i nostri pazienti possano del tutto tranquillamente andare in giro per i giardini e i viali dell’ospedale e, infine, che le dosi farmacologiche che usiamo siano quindi di gran lunga inferiori a quelle abitualmente somministrate.

La fenomenologia è nel nostro caso un atteggiamento metodologico, una *einstellung* che consente di cogliere le realtà psicotiche e non psicotiche considerate negli aspetti che qualificano maggiormente l’esistenza umana. Ha trovato storicamente una

circostanza in fondo imprevedibile in Binswanger e una sua realizzazione pratica nella psichiatria sociale, con questa postilla finale: che il sintomo è sempre da considerarsi un elemento relazionale che si modifica, si manifesta e si cancella in rapporto al contesto, all'ambiente in cui il paziente vive. Le stesse grandi esperienze deliranti e allucinatorie, per esempio, non sono aspetti fatali e ineluttabili della malattia; sono invece fenomeni che si trasformano, che cambiano anche in virtù del modo stesso con cui il paziente viene affrontato.

L'impostazione fenomenologica rimette in discussione gli schemi nosologici classici facendo sconfinare il discorso clinico dal *Nosos* come malattia al *Pathos* come sofferenza individuale, come sofferenza soggettiva che va conosciuta all'interno di un rapporto che in questo modo diventa il momento davvero privilegiato del lavoro psichiatrico.

Quando Karl Jaspers scrisse la sua *Psicopatologia Generale* qualcuno, nella clinica di Heidelberg dove cominciò a lavorare come volontario, disse che 'doveva essere preso a bastonate' perché tradiva la scienza psichiatrica intesa come portatrice di conoscenze assolutizzate. Il conoscere fenomenologico, invece, come aveva preconizzato lo stesso Jaspers, passa attraverso la necessaria collaborazione, se così possiamo dire, del paziente.

Senza conoscere quali vissuti ha il paziente noi non conosciamo nulla della sua esperienza psicopatologica⁸.



(C. Cerati, manicomio di Colorno, Parma, 1968)

Questa è forse – in conclusione a questa mia esposizione un po' a ruota libera, se vuole – la conseguenza più acuta e rivoluzionaria sul piano epistemologico perché rimette in discussione il conoscere stesso in psichiatria, considerandolo, piuttosto, un fenomeno intersoggettivo. Buber, Guardini e l'ultimo Husserl delle *Meditazioni cartesiane* e della *Crisi delle scienze europee* sono in questo senso i pensatori paradigmatici". Rivolgo a Eugenio Borgna un'ultima domanda, circa la specifica caratterizzazione del suo lavoro.

"Il mio lavoro si caratterizza nel cercare di fare della psichiatria sociale con una consapevolezza di metodo più rigorosa.

In Germania, per esempio, questa svolta ha interessato un pò tutti coloro che si sono occupati di fenomenologia, trasformandoli in punti di riferimento per un'autentica psichiatria sociale 'non-sociologica', la più critica, quindi e la più coerente.

Ma più semplicemente direi questo: che gran parte del lavoro psichiatrico, e parlo quindi anche del mio, al di là delle molte considerazioni teoriche che si possono fare sulle esperienze psicotiche, trova spesso modo per aiutare questi pazienti a guarire, a volte, o comunque a soffrire di meno, nel cercare di rendere meno conflittuali le loro relazioni, evitando di guardare fatalmente la loro malattia e considerandoli, invece, come persone non diverse da noi; utilizzando anche, nei loro confronti, quei gesti e quegli atteggiamenti così semplici e così umani che sono quelli che dovremmo comunemente usare tra noi 'sani' e che spesso dimentichiamo".

Eugenio Borgna mi lascia implicitamente l'onere di riflettere più profondamente su queste sue ultime parole. In seguito mi sarei accorto che queste stesse mi avrebbero spinto verso la ricerca dei significati e dei *sentieri interrotti* di una cultura dell'uomo più vera, abbastanza convinto che ciò che di interessante e di insolito riserva la vita possa trovarsi anche tra le pieghe della quotidianità.

LO STILE E LE IMMAGINI. UNA NOTA FINALE.

L'austero rigore scientifico e metodologico che con modestia traspare soprattutto attraverso emblematiche indagini cliniche, cui si accompagna una strumentazione culturale e filosofica aperta, raffinata e tagliente e una profonda e sofferta umanità, fa di Eugenio Borgna uno degli autori più originali della psichiatria italiana, lontano dai circuiti accademici e nondimeno calato nel vivo del dibattito circa lo statuto epistemologico della psichiatria stessa, la sua funzione sociale e la sua finalità terapeutica.

Nella presa di distanza sia dal riduzionismo organicistico sia dalla dissoluzione sociologica (e 'sociologista') della problematica psicopatologica, l'orientamento fenomenologico di Eugenio Borgna si qualifica nell'ispirazione a due importanti riferimenti: uno rappresentato da Eugene Minkowski (attraverso l'iniziale mediazione di G. E. Morselli), l'altro costituito dal pensiero di Ludwig Binswanger (specialmente il primo Binswanger del saggio husserliano *Über Phanomenologie*, ma anche quello delle successive riflessioni e suggestioni heideggeriane culminate nei famosi studi sulla strutturazione esistenziale e simbolica delle grandi psicosi).

Non solo. L'orizzonte teoretico e culturale di questa scelta si arricchisce con l'attenta frequentazione di autori maggiormente legati ad un approccio fenomenologico più vicino al concetto di *persona*. Nelle descrizioni cliniche di Eugenio Borgna, infatti, non solo prorompe struggente l'husserliano *Mondo della vita* e il suo complesso dispiegarsi nel *Dasein* psicopatologico, ma viene ribadita più volte la dignità del paziente, inteso come *relazione* e come *totalità possibile* nell'esplicito richiamo al pensiero di Max Scheler e Romano Guardini.

Per Eugenio Borgna il metodo fenomenologico si traduce in un atteggiamento personale che diventa strumento conoscitivo e relazionale in un coinvolgimento disponibile, immediato e consapevole, e che assume pertanto le forme (come in Kurt Schneider) di una decisiva strategia di superamento dell'oggettivazione del sintomo, così restituito alla sua tipica modalità trasformativa, polivalente e semantica, alla singolarità del suo oscillare tra essere e divenire un segno e un rimando; frutto di una diversa coscienza.

Anche per questo motivo la pratica clinica acquisisce in Borgna un carattere multicomponenziale, ovvero un adeguato corollario rappresentato da un campo di ricerca autenticamente sociale. Psichiatria sociale, allora, e metodo fenomenologico sono per Borgna l'una il complemento dell'altro e la conoscenza dell'esperienza psicopatologica risulta pressoché inscindibile da una pratica terapeutica che non può modularsi se non su molteplici e differenti livelli di intervento.

Eugenio Borgna, laureatosi in medicina e chirurgia nel 1954 a Torino, libero docente, dal 1962, in clinica delle malattie nervose e mentali e primario emerito di psichiatria dell'Ospedale Maggiore di Novara - autore di numerosi saggi e pubblicazioni scientifiche - mi colpisce per due caratteristiche: la sobrietà dei suoi atteggiamenti e del suo modo d'essere, pacato, disponibile e diretto con i malati e i suoi collaboratori, e la sensibilità, che filtra ineffabile e discreta tra le sue parole e nel suo sguardo.

Il suo studio è disadorno, semplice ed essenziale, ed è, come il reparto, sempre aperto. Tutt'intorno si percepisce l'accoglienza di un'oasi serena; un approdo sicuro per loro, i suoi malati, i 'suoi matti'.

Paolo Parciasepe

¹ Questo articolo è ricavato da un precedente saggio, a cura di Paolo Parciasepe, pubblicato sulla rivista “Segni e Comprensione” (Dipartimento di Filosofia dell’Università degli Studi di Lecce), n° 13, anno V, maggio-agosto 1991, Capone Editore.

² “Geisteskrankheiten sind Gehirnskrankheiten”, letteralmente : “le malattie mentali sono malattie cerebrali”

³ “Zu den Sachen Selbst”.

⁴ U. Telfener “Intervista a Heinz Von Foerster”, Psicobiettivo, 7, 1, 1987.

⁵ P.Parciasepe, rielaborazione di due conversazioni con Eugenio Borgna, Novara, Ospedale Maggiore della Carità, 15 ottobre 1986 e 13 aprile 1987.

⁶ ‘Verstehen’ e ‘Erklären’

⁷ che fondatamente non possono oggi essere pensate al di fuori di un quadro di stretta e continua interazione tra gene (cervello) e ambiente, anche se ancora non conosciamo il linguaggio di questa interazione.

⁸ vedi E.Borgna “I conflitti del conoscere. strutture del sapere ed esperienza della follia”, ed. Feltrinelli/Campi del sapere, Milano, 1988

Paolo Parciasepe (Genova, 1963), psicologo e psicoterapeuta ad indirizzo psicosomatico. Si occupa di psicologia dell’invecchiamento e di riabilitazione cognitiva dell’anziano, di selezione e di formazione di personale di enti pubblici e società private, di counselling clinico e di psicoterapia umanistica. Ha svolto attività professionale in qualità di psicologo specializzato presso il Dipartimento di Salute Mentale dell’ASL 22 – Regione Piemonte – di Novi Ligure (AL). E’ dipendente di ruolo del Comune di Genova dove ha prestato servizio presso l’Ufficio Terza Età Sicura e dove, attualmente, presta servizio presso l’Ufficio Formazione e Prevenzione della Direzione Personale e Organizzazione.
