

AL DI LÀ DEL NORMALE E PATOLOGICO*

IORELLA BATTAGLIA**

Abstract

This article presents the debts that the psychopathologies of both Minkowski and Jaspers owe to the idea of the psychophysical unity of the human being as a central intuition of phenomenology and Bergsonism. It is well known that Max Scheler and Henri Bergson sought to give substance to the psychophysical unity of the human being, resisting reductionist temptations. It was precisely this idea that attracted the interest of both Minkowski and Jaspers. Scheler, in fact, attempted to confer psychophysical concreteness to this unity, which extends from the biological to the most sophisticated forms of intelligence and the emotional world, and presents itself at all levels of observation as a temporal flow in which life is configured. Bergson, on the other hand, referred to the immediate data of consciousness understood in their multiplicity and to the fluidity of lived time. In turn, both Minkowski and Jaspers—although in different ways—sought to understand the unity of the person, a unity of meaning in experiences that each time defines a world independently of the preconceived schemas of pathology and normality.

Keywords: Psychophysical unity, Naturalism, Psychopathology, Phenomenological philosophy

La fenomenologia come reazione al naturalismo organicista

Valeria Babini nella sua magistrale ricostruzione della storia della psichiatria, ha evidenziato l'affermarsi del paradigma naturalista. Questa evoluzione è comprensibile alla luce delle scoperte che in quegli anni si andavano facendo e, ci precisa la Babini:

* Le citazioni dal *Trattato di psicopatologia* di Eugène Minkowski riportano tra parentesi il numero di pagina e si riferiscono all'edizione del 1973 curata da Mario Francioni pubblicata da Feltrinelli Editore.

** Professoressa di Filosofia Morale, Università del Salento e Ludwig-Maximilians-Universität, München.

lo spostamento dall'osservazione della malattia alla ricerca delle sue cause, che è la caratteristica più evidente della psichiatria europea di quegli anni, è senz'altro connesso all'effetto dei recenti successi ottenuti dalla medicina nel campo della anatomia patologica e, più in particolare per la psichiatria, alla risonanza della 'scoperta' dell'origine organica della demenza senile¹,

o di quella della natura luetica della paralisi progressiva. È in questo panorama che si comprende come nella prima metà del secolo scorso molti psichiatri hanno intravisto nella fenomenologia di Edmund Husserl (il cui sviluppo risale agli inizi del secolo) un nuovo approccio metodologico alla comprensione del "vissuto" del paziente psichiatrico². Stiamo parlando dell'esigenza ricorrente di adattare le sofisticate procedure descrittive della fenomenologia che ha spinto alcuni psicopatologi ad accogliere rapidamente anche le suggestioni della filosofia dell'esistenza (*Dasein*) di Martin Heidegger³ e a dar corso, con Ludwig Binswanger⁴, alla corrente della psicopatologia esistenziale. Tuttavia, l'incontro della teorizzazione psichiatrica con il pensiero filosofico ha portato a riflessioni indubbiamente originali, al punto che lo stesso Husserl a più riprese si è preoccupato di precisare la distanza tra la "sua" fenomenologia e le interpretazioni di coloro che, dal versante della psicopatologia, ad essa si richiamavano.

Di questo problema sembra essere consapevole Minkowski, il quale, proprio nelle pagine introduttive del primo capitolo del libro terzo del suo *Trattato di psicopatologia*, avverte la necessità di distinguere il "metodo fenomenologico dalla fenomenologia trascendentale di Husserl" (p. 353).

¹ V.P. Babini, *La psichiatria*, in *Storia delle scienze*, vol. 4, *Natura e vita*, a cura di P. Corsi e C. Pogliano, Einaudi, Torino 1994, pp. 402-437, p. 410.

² E. Husserl, *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*, in *Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung*, 1 Halle a.d.S. 1913, pp. 1-323. (tr. it., *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*, a cura di E. Filippini, Einaudi, Torino 2001).

³ M. Heidegger, *Sein und Zeit*, Max Niemeyer, Tübingen 1927.

⁴ L. Binswanger, *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano 1989.

Non è comunque solo da Husserl che prende le distanze, viste le puntuali riflessioni su ciò che lo separa anche dalle concezioni di Karl Jaspers⁵.

L'estrema permeabilità al pensiero filosofico della sua psicopatologia, mostrata anche dai richiami che in più occasioni fa a Bergson⁶ e a Scheler⁷, indica il bisogno che egli avvertiva di un diverso quadro teorico, che sostituisse cioè il modello dell'uomo-natura⁸ impostosi come base concettuale nella psichiatria del tempo. Allora il paradigma dominante di riferimento, nonostante l'autorità culturale che stavano acquisendo le teorie psicodinamiche di Freud e dei suoi allievi⁹, era quello di Wilhelm Griesinger, secondo il quale anche le malattie mentali, come quelle neurologiche, sono "malattie del cervello", riconducibili in ultima istanza a lesioni o affezioni del sistema nervoso e in particolare dell'encefalo. Il volume *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* di Griesinger, del 1845¹⁰, è in effetti una pietra miliare nell'evoluzione della psichiatria e sancisce la conclusione del dibattito sulle cause, psichiche o fisiche, della malattia mentale, che aveva visto schierati su fronti contrapposti tanti psichiatri francesi e tedeschi di fine Settecento e inizio Ottocento¹¹, portando a compimento il percorso, iniziato alla fine Settecento, attraverso il quale la follia si è affrancata dalle concezioni fanatico-religiose precedenti¹². Sebbene con modalità deboli sul piano teorico, la cui valenza scientifica sarà messa in dubbio dalla riflessione

⁵ K. Jaspers, *Allgemeine Psychopathologie*, Springer, Berlin 1913 (tr. it., *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico, Roma 1964).

⁶ H. Bergson, *Essai sur les données immédiates de la conscience*, Presses Universitaires de France, Paris 1889 (tr. it., *Saggio sui dati immediati della coscienza*, a cura di G. Celli, Bruno Mondadori, Milano 2002).

⁷ M. Scheler, *Essenza e forme della simpatia*, tr. it. di L. Pusci, con introduzione di G. Morra, Città Nuova, Roma 1980.

⁸ C. Pogliano, *L'uomo-natura: storia di un idolo scientifico*, in *Storia delle scienze*, vol. 4, *Natura e vita*, a cura di P. Corsi e C. Pogliano, Einaudi, Torino 1994, pp. 438-535.

⁹ H.F. Ellenberger, *La scoperta dell'inconscio*, Bollati-Boringhieri, Torino 1976.

¹⁰ W. Griesinger, *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*, A. Krabbe, Stuttgart 1845.

¹¹ S. Poggi, *Omnia vincit animus. Terapia morale e malattie dei nervi nella psichiatria tedesca tra Sette e Ottocento*, in *Kant e il conflitto delle facoltà. Ermeneutica, progresso storico, medicina*, a cura di C. Bertani e M.A. Pranteda, Il Mulino, Bologna 2003, pp. 285-302.

¹² C. Ginzburg, *Storia notturna. Una decifrazione del sabba*, Einaudi, Torino 1989.

psichiatrica successiva, Philippe Pinel nel suo *Traité médico-philosophique* del 1801¹³, dichiarando guaribile la follia con il “trattamento morale”¹⁴, aveva inaugurato la fisicalizzazione e la medicalizzazione degli alienati, anche se bisogna attendere la diffusione dell’opera di Franz Joseph Gall¹⁵ e di Johann Caspar Spurzheim¹⁶, perché si imponga la convinzione, poi sistematizzata da Griesinger, per la quale la sede di tutte le malattie mentali è nel cervello. In questa prospettiva le contaminazioni filosofiche della psichiatria del Novecento, a partire da Jaspers, possono essere inquadrare in un nuovo capitolo della disputa sul ruolo della dimensione “psichica” della malattia mentale rispetto a quella “fisica”¹⁷. Minkowski su questo punto sembra avere idee molto chiare se, quando prende in considerazione de Clérambault¹⁸ non per condividerne le idee ma per trarne un “insegnamento prezioso”, ritiene di dover precisare: “Se non seguiamo le concezioni organiciste di de Clérambault, non vuol dire che con questo ci dichiariamo seguaci della presunta psicogenesi. Per il momento, la questione genetica resta fuori discussione. Si tratta in primo luogo di inquadrare i fenomeni psicopatologici che ci troviamo di fronte” (pp. 368-369). Questi cenni sullo sviluppo del pensiero psichiatrico consentono di inquadrare l’insistenza di Minkowski su alcuni temi di questo capitolo del suo *Trattato*, primo tra gli altri la critica al concetto di “causa”. Quando affronta il problema metodologico della ricerca della genesi della malattia e denuncia le debolezze del paradigma causale, Minkowski si muove, come accennato, sullo sfondo della epistemologia psichiatrica scaturita dal sorgente organicismo, che trovava nel manuale di Griesinger la sua sistemazione più completa. Egli non risparmia critiche verso l’impoverimento che si produce con l’abbandono dell’osservazione a favore dell’indagine sulle cause, accolta invece dai contemporanei e successori di

¹³ Ph. Pinel, *Traité médico-philosophique sur l’aliénation mentale, ou la manie*, Richard, Caille et Ravier, Paris 1801.

¹⁴ R. Bonito Oliva, *Il concetto di psichiatria morale di Ph. Pinel ed alcuni problemi dell’antropologia settecentesca*, in “Atti dell’Accademia di scienze morali e politiche”, XCI (1980) Napoli, pp. 357-388.

¹⁵ F.J. Gall, *L’organo dell’anima. Fisiologia cerebrale e disciplina dei comportamenti*, a cura di C. Pogliano, Marsilio, Venezia 1985.

¹⁶ J.C. Spurzheim, *Observations on the Deranged Manifestations of Mind, or Insanity*, Marsh, Capen & Lyon, Boston 1833.

¹⁷ G. Cusinato, *La psicopatologia di Karl Jaspers e i disturbi dell’ordo amoris nella prospettiva di Max Scheler*, in “Studi jaspersiani”, V (2017) Napoli-Salerno, pp. 35-58.

¹⁸ G. de Clerambault, *Œuvres*, Presses Universitaires de France, Paris 1942, 2 voll.

Griesinger con un entusiasmo così grande da far trascurare ogni argomentazione psicologica, pur presente nel manuale, per enfatizzare in modo unilaterale il programma riduzionistico di una psichiatria fondata sul cervello o, al massimo, sul sistema nervoso.

L'indipendenza di psicopatologia e psicologia

L'intento di Minkowski nel *Trattato di psicopatologia*, pubblicato nel 1966, ma iniziato nel 1948 a seguito della sollecitazione di Louis Lavelle (p. 29), è innanzitutto quello dichiarato in modo esplicito nel primo capitolo del libro primo, di rendere autonoma la psicopatologia dalla psicologia, sovvertendo il loro rapporto fino ad allora non dissimile da quello che nella medicina lega la patologia alla fisiologia. La *psicopatologia fenomenologica e strutturale*, nella proposta di Minkowski, quindi non accetta di ancorarsi al quadro di riferimento della psicologia, ma, partendo direttamente dalla clinica, si propone una elaborazione ed una sistematizzazione autonome delle osservazioni sui vissuti del paziente, potenzialmente normative anche per la stessa psicologia. Nel primo capitolo del libro primo del *Trattato*, che è stato mirabilmente commentato in questa edizione da Romolo Rossi¹⁹ ed al quale è necessario un riferimento per comprendere pienamente questo capitolo, Minkowski enuncia il suo programma secondo il quale si ripromette l'abbandono delle posizioni fino ad allora consolidate: "Si afferma dunque la necessità di *approfondire la natura* dei fatti psicopatologici, prima di darne una spiegazione e anzi addirittura prima di raggrupparli" (p. 49). Alla base di questa posizione c'è il tentativo di individuare e analizzare i fenomeni, cogliendoli in primo luogo nella loro relazione con il "tutto della vita", o come egli lo chiama, con il "campo vitale". In questo progetto si colloca la sua ambizione di giungere ad una ridefinizione del significato stesso di "coscienza", che egli non intende come funzione psichica accanto alle altre, ma come concetto complesso con cui si indica un "fenomeno fondamentale", in prima approssimazione assimilabile al fenomeno del vissuto. Per questa ragione lo psicopatologo non può arrestarsi alla "differenza tra stimuli" o alle "perturbazioni di funzioni isolate", in quanto concetti sganciati dall'esperienza vissuta. Ciò che comunque più colpisce è il sovvertimento del

¹⁹ R. Rossi, *Commento al capitolo 1. Posizione della psicopatologia, sua autonomia*, in *Rileggendo Minkowski*, a cura di E. Smeraldi, Excerpta Medica, Milano 2003, vol. I, pp. 18-23.

paradigma, che ritroviamo esplicito nelle sue parole: “Ripetiamolo ancora una volta, qui cerchiamo di vedere che cosa la ‘patologia’ della coscienza può rivelarci sulla sua stessa natura” (p. 44).

Tra i meriti della fenomenologia, Minkowski insiste sulle potenzialità di fornire lo strumentario concettuale e metodologico sufficiente a superare la prospettiva causale e a realizzare così il programma della sua *psicopatologia fenomeno-strutturale*. La ricerca delle cause, infatti, fa spostare l’attenzione dal fenomeno alle sue condizioni, favorendo l’illusoria convinzione di poterne sapere di più su un determinato avvenimento conoscendone l’origine che non soffermandosi sull’evento stesso. Questo modo di procedere, invalso nel concatenamento dei “fatti” di natura esteriore e oggettiva, è diventato così comune da essere esteso anche alla connessione dei “fatti” interiori e soggettivi. Minkowski avverte invece che l’operazione di spostamento dal fatto alla sua “origine” e alle sue “condizioni” ci congeda troppo in fretta dal fenomeno e dalla sua complessità e ci consegna una realtà più misera, che mantiene solo quanto può essere conservato in forma schematica, in luogo della ben più ampia ricchezza del fenomeno. Lo spostamento quindi avvia una *trasfigurazione* del fenomeno stesso, tutta a suo discapito.

Sviluppando alcune riflessioni già anticipate nel primo capitolo del libro primo anche qui nel libro terzo, Minkowski richiama il ruolo della semeiotica clinica ribadendo la necessità di cogliere i sintomi nella loro “connessione vitale”, al di là cioè del significato che può essere loro attribuito dalla psicofisiologia. “Vitale” è tutto ciò che esula dalle semplici informazioni di ordine sensoriale e mette in rapporto con la persona che vive; in questa dimensione egli non include solo i sensi ma anche le diverse attività motorie, perché in ciascuna di esse si realizza un modo di esistenza al mondo, di cui troviamo la traccia nel linguaggio e nella ricchezza che la narrazione può dispiegare”. Minkowski dà una descrizione molto suggestiva – anche nella costruzione sintattica – della complessità con cui intendere la vita: “Essa non si limita al semplice fatto di essere in vita, ma in più comporta anche gli appelli che la vita ci lancia ad ogni istante, appelli che ci richiedono non soltanto di farle fronte adattandoci ad essa, ma che ci impegnano anche a costruire ogni volta di nuovo la vita umanamente, almeno nella misura del possibile; in breve, di viverla” (p. 11).

In definitiva potremmo dire che la fenomenologia agisce innanzitutto con l’esortazione a rallentare, a sospendere la ricerca, con l’invito invece a

soffermarsi sul fenomeno stesso. Prima cioè di spostare lo sguardo altrove, verso le cause, le origini e le condizioni, di distogliere l'attenzione dal fenomeno, bisogna conoscere il fenomeno stesso nella specificità dei suoi elementi e nel rapporto che intrattiene con la trama generale dell'esistenza. Il rimanere presso il fenomeno, tuttavia, non deve far scivolare verso la china che Minkowski ritiene pericolosa, quella cioè di un "eccessivo psicologismo" (p. 353). Sebbene insomma i fenomeni siano enucleabili dall'osservazione e dalla "storia della vita", non si deve restare legati a questa, occorre andare al di là della vita individuale, per cogliere la loro portata generale, il loro essere segni di correlazioni fondamentali. Quest'aspetto dei fenomeni che l'analisi mette in luce, insieme con il loro carattere "elementare", come vedremo, costituisce il tratto *strutturale* della fenomenologia di Minkowski, per il quale in fondo è prioritario il riferimento all'esistenza in generale e non il concatenamento con i fatti in cui i fenomeni si sono presentati e cioè con la vita individuale. Ci sembra di poter affermare allora che il suo tentativo si caratterizza proprio per questa propensione a stabilire un ambito fondamentale che trascende l'individualità e l'empiria.

La sua fenomenologia, che si pone in modo esplicito il compito *prima* di individuare i fenomeni e *poi* di classificarli, non può contare su una teoria precostituita della realtà, i cui elementi semplici sono i fenomeni. Per quanto il fenomeno, nella prospettiva costruttivista appena sfiorata, appaia necessariamente complesso, esso è invece allo stesso tempo semplice ed elementare in una modalità non altrimenti specificabile se non come la "sua maniera". I fenomeni, tuttavia, non sono da confondere con gli elementi semplici che costituiscono la realtà, sebbene anch'essi rivendichino per sé la "semplicità", non come prodotto di un procedimento artificioso ma in riferimento al mondo della vita. Solo in virtù di questo riferimento, il fenomeno può fregiarsi dell'appellativo di "fondamentale" ed essere a buon diritto anche "semplice ed elementare" (p. 354).

Per questa prospettiva, Minkowski oltre che a Husserl si dichiara debitore anche a Bergson e in particolare al suo *Saggio sui dati immediati della coscienza*, che gli consente di stabilire, a suo dire, una equivalenza tra i "dati" e i "fenomeni fondamentali"; di entrambi si devono cercare gli aspetti essenziali, quelli che rimangono celati al modo di vedere abituale, perché pregiudizialmente condizionato dalla mediazione e perciò da sospendere e da mettere tra parentesi. Si dichiara debitore a Bergson anche per la riflessione sul tempo, che non può essere considerato come tempo spazializzato, in cui i

fenomeni si presentano immobili, quasi “cristallizzati”, ma inteso come durata, cioè come “tempo vissuto”.

*Le differenze con Jaspers*²⁰.

Nel paragrafo successivo Minkowski confronta il suo progetto “fenomeno-strutturale” con la proposta jaspersiana, che egli ritiene pregiudicata da un eccessivo psicologismo. Secondo la sua lettura nella *Psicopatologia generale* Jaspers attribuisce una rilevanza eccessiva al lato soggettivo dei sintomi, prevedendo addirittura una distinzione dei sintomi oggettivi da quelli soggettivi²¹ e non è sufficientemente deciso nel rigettare la semeiotica psichiatrica dominante. Questa irresolutezza, che lo avrebbe condotto a produrre una sistemazione solo provvisoria dei fenomeni, lo ha indotto, secondo lui, nell’errore di attribuire lo stesso valore fenomenologico a manifestazioni di diversa natura. Per lui, le osservazioni compiute da Jaspers sono ben lungi dal configurare una conoscenza fenomenologica; esse forniscono piuttosto un diario ricco d’insegnamenti psicologici, che è documento profondamente umano ma non ancora fenomenologico²². Ciò vale anche per le accurate descrizioni del malato; questi è fonte feconda per la conoscenza psicologica e sorgente insostituibile per il materiale necessario alla elaborazione fenomenologica. In altri termini mentre le conoscenze psicologiche dipendono dalla sistematicità descrittiva dell’uomo malato quelle fenomenologiche invece sorgono dal modo in cui lo si prende in considerazione, dall’atteggiamento cioè con il quale lo si guarda. È lo sguardo, in definitiva, che origina la “visione fenomenologica”. Il problema essenziale non è produrre un’osservazione più accurata o più attenta; con lo sguardo fenomenologico entra in gioco la possibilità di attingere “le caratteristiche essenziali dei fenomeni che compongono la vita” (p. 356).

²⁰ F. Miano, *Esistenza e comunicazione nella filosofia di Karl Jaspers* in “Acta Philosophica” (2019), pp. 145-149.

²¹ K. Jaspers, *Die phänomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie* in “Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie” 9, Berlin u. Leipzig 1912, pp. 391-408 (tr. it., *L’indirizzo fenomenologico in psicopatologia*, in *Scritti psicopatologici*, a cura di S. Achella e A. Donise, Guida, Napoli 2004, pp. 27-50).

²² M. Anzalone, *Tra indeterminatezza e arbitrio. Jaspers e l’“arte” di scrivere Krankengeschichten*, in *Studi Jaspersiani*, Volume XI (2023), Patografie 1922-2022, pp.13-30.

L'osservazione fenomenologica prende sì le mosse dall'osservazione comune ma solo per superarla in direzione della "visione d'essenza" (*Wesensschau*) indicata da Husserl. Le riflessioni che Minkowski poco dopo sviluppa confermano ancora una volta l'importanza che egli attribuisce al valore della *visione* che punta all'essenziale. Questa in nessun modo è da confondere né con il metodo induttivo, che ha bisogno di un grande numero di occorrenze, né con la valorizzazione dell'"individuale": ciò che conta è la tipicità del caso, ciò che da esso può essere estratto in quanto "caso puro".

Prima di affrontare l'analisi di un caso clinico, come esempio della applicazione del suo metodo fenomeno-strutturale, Minkowski sente la necessità di una distinzione tra l'ambito psicologico e quello psicopatologico non priva di ripercussioni sull'analisi fenomenologica. Infatti, se l'analisi degli eventi psicologici consente di presentare i fenomeni fondamentali, come è ad esempio per la simpatia, questo non vale per il versante psicopatologico, ove è necessario il contatto diretto con il malato. Nel tentare di dare una spiegazione a questa differenza, Minkowski fa ricorso alle peculiarità della psicopatologia, ai mondi "strani", per i quali inizialmente non esistono vie di accesso e non è dato il passaggio alla comprensione. Anche se egli non dispera di poterlo identificare e percorrere, per il momento è costretto a limitarsi agli aspetti descrittivi: "A un tratto, senza che io sappia troppo il perché, ho l'intuizione di aver colto sul vivo l'insieme, di trovarmi di fronte al *disturbo fondamentale*" (p. 357). Egli accosta la comprensione fenomenologica all'intuizione artistica, della quale condivide l'acutezza dello sguardo che si dirige direttamente verso l'essenza delle cose in attesa di tradursi in evidenza scientifica e di esprimersi nel linguaggio ad essa proprio.

I punti di contatto con Jaspers

Entrando nel vivo della descrizione clinica Minkowski si sofferma anche sulle caratteristiche delle idee deliranti, nettamente distinte da quelle che lui chiama morbose. In accordo con la posizione di Jaspers, infatti, le idee morbose possono essere in qualche modo collegate con gli affetti, gli istinti, i desideri e i timori dell'individuo, mantengono insomma una continuità con la sua vita; per le idee deliranti invece non è possibile comprenderne la "persistenza assoluta e rigida", senza ipotizzare un cambiamento della personalità. Il mutamento non è descrivibile né tanto meno spiegabile; di fronte all'irriducibilità della convinzione delirante, Minkowski non può fare

a meno di dichiarare lo scacco. Il primo caso, con il quale ha avuto inizio l'analisi fenomeno-strutturale, riguarda un delirio melanconico, con manifestazioni, si direbbe oggi, incongrue dell'umore, accompagnato cioè da idee di persecuzione ed elementi interpretativi ben strutturati. L'osservazione è avvenuta in circostanze molto particolari, con intere giornate trascorse con il paziente, durante le quali la discordanza gli è apparsa in tutta la sua chiarezza: “[nel paziente] Vi sono due melodie umane che si affrontano in pieno disaccordo per la maggior parte del tempo” (p. 359). Le giornate del paziente sono interamente scandite dall'alternanza del fondo melanconico con gli elementi interpretativi; questa, tuttavia, sembra rimanere in qualche modo a sua disposizione, per cui il fondo melanconico viene chiamato in causa ogni qual volta la tensione tra medico e paziente diviene insopportabile, dando così l'impressione di un residuo contatto umano e di frammenti di comunicazione.

Il cambiamento della personalità inerente al delirio è ancora più evidente quando l'analisi si rivolge alla struttura del tempo vissuto; questo appare costantemente attraversato e irrigidito dalla malattia in quanto il delirio permea ogni dimensione temporale cristallizzandola: “L'avvenire è sbarrato dall'idea dell'imminente castigo, il passato è immobilizzato ed esaurito dalle idee di colpa, il presente è negato sotto forma di idee d'indegnità (conformi alla colpevolezza) e di rovina” (p. 361). Sembrano mancare del tutto nel delirio proprio il desiderio, lo slancio e l'apertura al futuro; in altre parole, “il dinamismo della vita”. Anche nel dolore dei melanconici, si presentano i medesimi fenomeni collegati alla struttura del tempo, caratterizzato da una singolare “fissità”. Insomma, spiega Minkowski, si può dire che le idee deliranti “non si muovono più” (p. 364) e che “nel nostro malato, il pensiero sgorga nello spazio verso l'infinito senza riuscire a fermarsi, in un'ottica personale, al valore esatto di ciascun fatto o di ciascun oggetto, mentre l'avvenire è del tutto ostruito” (p. 365). Non è quindi solo la temporalità a soffrire, anche l'assenza di un riferimento alla propria esistenza impoverisce l'esperienza del paziente: “La vita non ne risulta ampliata, estesa; anzi si restringe” (p. 365). Le interpretazioni deliranti, che sono caratterizzate dalla completa mancanza del caso, della *contingenza*, degli *eventi fortuiti*, producono un'ulteriore diminuzione del campo vitale. Questa semplificazione si esprime nella perdita di individualità cui le persone e le cose vanno incontro quando il pensiero procede per analogie e similitudini; allora il campo dei significati subisce inevitabilmente “un impoverimento, un

restringimento, un'immobilizzazione, un livellamento verso il basso, per così dire, e in esso il significato unico e universale avrà necessariamente carattere negativo, sarà dovuto ad una forza ostile" (p. 367).

Nel suo tentativo di comprensione del delirio, Minkowski comunque non si accontenta della sola analisi fenomenologica, egli passa al vaglio i contributi degli psicopatologi del suo tempo senza trascurare coloro che per impostazione sembrerebbero lontani dal suo pensiero; ne è esempio de Clérambault del quale, al di là della sua "concezione neurologica" (p. 370) e in vista della discontinuità tra mondo delirante e mondo morboso, da lui stesso delineata, e più in generale tra versante psicologico e psicopatologico, accoglie la "personalità secondaria" o "neoplasica", che vive "accanto al soggetto pensante" con la sua "ideazione autonoma e coerente e inoltre progressiva", "creata per così dire completamente dal processo morboso" (p. 369). La personalità secondaria di de Clérambault serve a Minkowski anche per giustificare la cautela indispensabile quando si pone in relazione il mondo della malattia con quello della vita normale e si interpretano i "mondi morbosi" come "degradazione della struttura rispetto al tempo vissuto originariamente da una parte, e allo spazio vissuto dall'altra" (p. 370).

Il primo capitolo del libro terzo, ricco di riferimenti ai contributi degli psichiatri a lui contemporanei, fornisce tra l'altro a Minkowski anche spunti interessanti per la riflessione sui rapporti tra versante psichico e biologico, che prende le mosse dalla discussione della patogenesi della psicosi epilettica. L'applicazione della sua analisi alla psicosi epilettica non gli preclude la considerazione che il biologico al tempo stesso "presenta un lato psichico", che vi sia cioè una coesistenza "fianco a fianco di questi due aspetti" (p. 374). Egli accetta chiaramente che "allo psicologico corrisponde costantemente un fattore somatico" (p. 374) lasciando intravedere la consapevolezza dell'intersecazione dei diversi piani delle conoscenze che gli permette di recuperare, accanto all'analisi fenomeno strutturale, tutto il versante degli studi psicobiologici. In questa prospettiva ci sembra di potere inscrivere Minkowski nella tradizione del "pluralismo metodologico" di stampo jaspersiano²³.

²³ G. Cantillo, *Introduzione a Jaspers*, Laterza, Roma-Bari 2012, pp. 23-35.

L'autonomia della psicopatologia

Il capitolo sull'analisi fenomeno-strutturale apre il libro terzo del suo *Trattato*, che è dedicato alle “Nuove vie di approccio e evoluzione delle vie antiche”; lasciandoci intravedere le suggestioni del dialogo tra posizioni diverse e successivi sviluppi, muove a spingere lo sguardo in avanti, fino alla psichiatria attuale, alla ricerca delle tracce del pensiero di Minkowski, della sua eredità nella ricerca odierna.

A partire dagli anni '70 del secolo scorso la psichiatria ufficiale si è gradualmente riconosciuta nelle concezioni psicometriche della psichiatria nordamericana che trovano nella nosografia del DSM, manuale statistico diagnostico dei disturbi mentali ripetutamente aggiornato²⁴, e nella decima edizione della classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità delle malattie²⁵, l'espressione più compiuta. Entrambi i manuali fanno ricorso al metodo clinico descrittivo. L'osservazione, con la rinuncia programmatica alla ricerca delle cause, è lo strumento con cui si individuano e si raggruppano i sintomi necessari per definire un disturbo e differenziarlo dagli altri. Questa impostazione, che si definisce in modo esplicito “eziologicamente neutrale”, potrebbe lasciar supporre un'affinità con l'analisi fenomeno-strutturale di Minkowski. Ma l'analogia è solo apparente e si ferma all'“indifferenza” per la ricerca sulle cause. L'osservazione del fenomeno, che tende alla visione d'essenza, diviene qui descrizione di sintomi, tessere elementari del mosaico diagnostico basato sul modello ordinativo sindromico, che definisce i disturbi in base all'espressività clinica. Il vissuto del corpo del paziente bulimico, elemento fondamentale dell'analisi fenomenologica, diviene qui controllo del peso e *item* sull'induzione del vomito, che contribuiscono a definire i sottotipi Con Condotte di Eliminazione e Senza Condotte di Eliminazione, non dissimili dalla “cinoressia” e dalla “licoressia” ricordate da Descuret nella sua *Medicina delle passioni*²⁶. La “descrizione minuziosa di ciò che il soggetto

²⁴ American Psychiatric Association. Committee on Nomenclature and Statistics, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd Edition, Washington DC 1980; 3rd Edition, Revised, Washington DC 1987; 4th Edition, Washington DC 1994; 4th Edition, Text Revision, Washington DC 2000 (tr. it. DSM-IV-TR. *Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 2001).

²⁵ International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11), World Health Organization (WHO) 2019/2021 <https://icd.who.int/browse11>.

²⁶ G.B.F. Descuret, *La Médecine des passions*, Béchet jeune et Labé, Paris 1841 (tr. it., *La medicina delle passioni*, Le Lucerne, Milano 2023).

prova”, pur con i rischi di psicologismo che Minkowski intravede nell’accuratezza dell’osservazione di Jaspers, nel DSM e nell’ISCD 10 diviene terminologia scarna, levigata, priva di qualità narrative, assimilabile al codice matematico delle formule intenzionalmente volta a creare un linguaggio comune tra gli psichiatri. La “visione di essenza”, che nulla condivide con il metodo induttivo né con la enfattizzazione dell’individuale, perché punta alla tipicità del caso, e a ciò che da esso può essere ricavato in quanto “caso puro”, nella psichiatria descrittiva dei due manuali, è rimpiazzata dalla significatività statistica e a sua volta dalla numerosità dei rilievi, dalla rappresentatività del campione e dalla omogeneità dei dati. Nella tassonomia clinico-descrittiva attuale, fondata sui criteri diagnostici definiti operativamente e dagli strumenti standardizzati di valutazione modellati su di essi, ciò che non soddisfa i criteri minimi anziché al centro dello sguardo da cui scaturisce il disturbo fondamentale è relegato nella categoria, anch’essa standardizzata, del “Non Altrimenti Specificato”.

La distanza che separa Minkowski dalla nosologia attuale è ancora maggiore, se misurata in rapporto alla concezione del tempo. Nella riflessione fenomenologica il tempo spazializzato, che immobilizza i fenomeni paralizzandoli, lascia il campo all’esperienza della “durata”, al tempo vissuto. Nella tassonomia psichiatrica neokraepeliniana del DSM e dell’ICD 10, la dimensione longitudinale della storia clinica del paziente, valorizzata da Kraepelin²⁷, è ridotta al fotogramma dell’indagine trasversale o, al massimo, del periodo minimo delle manifestazioni cliniche necessario per soddisfare il criterio temporale di molti disturbi. L’adattamento sociale precedente la valutazione clinica attuale viene indagato retrospettivamente ma non oltre l’ultimo anno e comunque è collocato in un asse diverso da quello dei raggruppamenti sindromici.

L’intento di Minkowski di rendere autonoma la psicopatologia è sconosciuto alla psichiatria attuale che è invece indissolubilmente ancorata al modello medico dei rapporti fisiologia-patologia, e quindi al ruolo normativo della psicologia. Il metodo psicometrico, ed ancor più i nuovi campi delle neuroscienze, con il loro potenziale di sviluppo delle conoscenze sui correlati molecolari delle funzioni mentali, richiedono prepotentemente il riferimento ad intervalli di variabilità psicologica, rispetto ai quali misurare la deviazione, che, sotto forma di iper-, ipo-, para- o dis-, finisce così per inerire ad ogni

²⁷ E. Kraepelin, *Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Barth-Verlag, Leipzig 1909-1915, 4 voll.

condizione psicopatologica. Se per Minkowski i mondi strani della bizzarria e della stravaganza o la personalità neoplasica potevano convivere con la vita mentale abituale e addirittura fornirle elementi preziosi alla sua comprensione, dopo le “rivoluzioni psichiatriche” succedute alla diffusione delle teorie psicomodinamiche ed ai progressi della psicofarmacologia, la psichiatria non può fare a meno di un modello normativo cui indirizzare i cambiamenti che è in grado di ottenere nei suoi pazienti, in molti casi non più condannati all'appiattimento o all'omologazione ma restituiti all'autodeterminazione e alla propria libertà.

L'abisso tra la psicopatologia fenomeno-strutturale di Minkowski e la psichiatria clinico-descrittiva attuale sembrerebbe insuperabile, se non trovassimo in Minkowski stesso elementi per una lettura meno radicale: nel presentare la sua opera, infatti, egli avverte il pericolo che il metodo fenomenologico possa essere frainteso e che invece di configurare una reale e percorribile alternativa epistemologica possa essere tacciato di “metafisica”. Egli ricorda che i destinatari del suo *Trattato* non sono i medici ma i filosofi e che proprio per volgersi a loro ha privilegiato un'esposizione in cui “la psicopatologia resta solidale alla filosofia” (p. 30). Coerentemente la scelta lo ha spinto ad accentuare il lato umanistico a discapito di quello biologico: “Ho voluto scrivere una *Psicopatologia* – egli ci spiega– cioè in primo luogo mi sono preoccupato di quanto in essa vi è di psicologico. Ne è derivata una situazione a prima vista paradossale: i dati neurobiologici si sono trovati relegati nello sfondo, come se non esistessero neppure. Lunghi da me la tendenza a sospendere nel vuoto lo psichico; credo però che lo ‘psichico’ trovi il proprio fondamento non soltanto nelle relazioni organopsichiche, bensì anche nei rapporti interumani originari e fondamentali” (p. 32).

Questa dichiarazione dai toni autocritici cancella il sospetto che Minkowski abbia trascurato il versante organico e ci spinge ad accostarlo a Jaspers nella disponibilità, invero in lui non esplicita, ad accogliere la prospettiva del “pluralismo metodologico”. In questo modo l'accentuazione dello “psicologico” può essere più correttamente inquadrata come intento di umanizzazione della psichiatria, e non come disancoraggio dalla normatività, che lo studio della psicologia può fornire e verso la quale lo psichiatra e lo psicologo clinico tentano di indirizzare i cambiamenti che si propongono di ottenere, quali che siano i mezzi, molecolari, psicologici o transferali, che le diverse metodologie mettono loro a disposizione e di cui scelgono di avvalersi.

La psichiatria di oggi ha acquisito che anche l'esperienza psicotica più impermeabile alle sue possibilità di intervento non intacca la dignità dell'uomo, che anche la regressione estrema non trasforma il paziente in alienato. È un punto di arrivo che sarebbe superficiale ritenere scontato ed irreversibile, che è stato raggiunto con il contributo di fattori diversi, tra i quali quelli scientifici hanno avuto un ruolo certamente rilevante. Tra questi riteniamo di poter annoverare anche il pensiero di Minkowski e più in generale della psicopatologia fenomenologica. Senza la loro lezione forse non avremmo appropriatamente sviluppato quel dialogo "a due voci" che nasce dall'incontro umano del medico con il paziente, il cui superamento non è prevedibile nemmeno con lo sviluppo più sofisticato delle neuroscienze e la definizione anche più precisa dei correlati della vita mentale. Senza il suo pensiero anche la psichiatria del DSM dovrebbe forse interrogarsi sul rischio di arretrare a semplice inventario di disturbi e la prassi clinica su quello di perdere la tensione per la ricerca di quanto "vi è ancora di vivo nel paziente" (p. 33), tensione che ha consentito di superare l'atteggiamento paternalistico della psichiatria preterapeutica e di sostituirlo con il rispetto per la dignità di ogni essere umano vulnerabile.

