

GIOVANNI STANGHELLINI

LA “POSIZIONE” DI JAKOB WYRSCH ED IL PROGETTO DI UNA PSICHIATRIA ANTROPOLOGICA

INTRODUZIONE

Nel 1949 Jakob Wyrsh pubblicò *Die Person des Schizophrenen* (1), opera monografica sulla clinica della malattia schizofrenica ed opera programmatica, il cui obiettivo era chiarire «il modo in cui il malato prende posizione di fronte all'irruzione schizofrenica». Non è privo di significato il fatto che proprio in quegli anni venissero elaborati o rielaborati testi cruciali nella storia dell'antropologia filosofica del Novecento, alcuni dei quali senza dubbio trovano posto nella riflessione dello psichiatra svizzero. Tra tali contributi filosofici, in primo luogo il saggio di M. Scheler *Die Stellung des Menschen im Kosmos* (2), apparso per la prima volta nel 1928 (ma riedito nel 1947), e *Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt* (3) di A. Gehlen (la cui prima edizione risale al 1940, rielaborata nel 1950), i cui stessi titoli mettono in risalto l'analogia fondamentale tra i quesiti della psichiatria antropologica e quelli dell'antropologia filosofica in quegli anni: l'uomo è l'essere che «ha tra le sue caratteristiche più importanti quella di dover prendere posizione nei confronti di se stesso» (Gehlen, 3) – dunque nei confronti della propria esistenza concreta – e che, metafisicamente, deve definirsi rispetto alla propria natura e “posizione nell'essere” (Scheler, 2).

La metafora della “posizionalità” (Plessner, 4), che esprime il nesso strutturale e dialettico, che lega l'uomo alle sfere che lo trascendono (il proprio corpo biologico, la propria psiche, intesa principalmente come depositaria della biografia individuale, ed il mondo esterno), funge da faro tanto all'«epoca dell'antropologia non speculativa» (Schulz, 5), che ad uno dei più convincenti tentativi finora compiuti di trasferirne gli esiti sul piano della clinica psichiatrica.

Alla figura di Jakob Wyrsh spetta, infatti, un posto di assoluto primo piano nel progetto di una psichiatria antropologica. Egli non soltanto ha mostrato come le forme molteplici dei percorsi schizofrenici si costituiscano sulla base del bilancio tra la persona dello schizofrenico ed il processo della malattia (1); coerentemente con ciò, ha anche indicato che le malattie mentali non debbono essere semplicemente concepite facendo riferimento all'ordine del *patologico*, ma possano essere comprese ed esperite come attinenti alla categoria antropologica del *tragico* (6). La sintesi tentata da Wyrsh più di quarant'anni fa non ha perso di interesse, poiché si può serenamente trasporre sul piano della situazione attuale delle discipline psichiatriche la frase di Scheler (2): «disponendo di un'antropologia scientifica, un'antropologia filosofica ed un'antropologia teologica affatto incuranti l'una dell'altra, noi manchiamo di un'idea unitaria dell'uomo». Per analoghe ragioni, noi manchiamo anche di un'immagine unitaria della malattia mentale.

Il problema drasticamente sottolineato da Scheler percorre la riflessione di Wyrsh, il quale infatti scrive nelle conclusioni della sua monografia: «la schizofrenia è una malattia della persona e la persona non si lascia disseccare nelle sue parti. Se si tenta questo esperimento, essa sparisce dalla nostra vista e con essa il fenomeno psicologico ed unico della malattia» (1). Il progetto di Wyrsh è, dunque, quello di un'immagine unitaria della malattia mentale, così come quello di Scheler segna l'epoca della ricerca di un'immagine dell'uomo che compendi elementi biologici e spirituali.

I. I PROCESSI ACUTI

Per riesaminare la proposta di Wyrsh ritengo utile da principio prendere in esame il capitolo dedicato ai processi acuti.

L'osservazione ("intuitiva e vivente") individua un primo gruppo di pazienti, che reagisce cercando di *oggettivare* il processo di malattia in quanto sofferenza somatica, in un penoso tentativo di ristabilire «l'unità del vissuto ed allo stesso tempo l'unità della persona dopo che il malato non è riuscito a dispiegare la coscienza tematica dell'essere, divenuto un altro a causa di un'alterazione della propria sfera somatica». I prodromi insidiosi e di lunga durata sono spesso diagnosticamente ingannevoli: i malati lamentano disturbi fisici quali astenia, vampate di calore, cefalea, e di natura cenestesica, oltre che una marcata ed immotivabile inquietudine comportamentale ed esistenziale; in questo senso sono assimilabili a ciò che, dopo Huber (7), chiamiamo stadi-base pre-psicotici a prevalente impronta cenestopatica ed infatti, come in quei casi, la loro evoluzione non di rado offre, come fenomeni psicotici finali, deliri ipocondriaci ed esperienze di influenzamento.

Un secondo gruppo di pazienti sembra *incapace di ogni reazione* e la patologia si manifesta con la brutalità spaesante ed incomprensibile di un cataclisma. I malati sono proiettati in uno stato "aberrante" ed "incoerente" di confusione, agitazione ed autoincomprensione, che vivono come una fatalità. Non provano la necessità di spiegarsi ciò che sta accadendo, d'integrarlo nella propria biografia; tutt'al più riescono con il tempo a prendere le distanze e a dissociarsi, non nel senso però dell'amnesia, come nel *delirium* alcoolico, ma piuttosto in quello dell'oblio di questo frammento impazzito di sé.

Un terzo gruppo, invece, ingaggia un *combattimento critico*, che sembra trarre ragione dallo strenuo tentativo di conservare intatta la persona originaria: nei loro atteggiamenti, nella mimica e nell'espressione verbale si legge «una disposizione a stabilire per un breve istante dei rapporti di linguaggio». Questi pazienti cercano di integrare le esperienze psicopatologiche primarie e trascendenti si tratti di allucinazioni verbali, visive o cenestopatiche – amalgamandole nella propria biografia. Per essi, tale integrazione ha il carattere di un'imperiosa necessità.

L'ultimo gruppo, il più raro, infine, *aderisce* anima e corpo all'elemento nuovo apportato dalla malattia. Di questi malati – che tra tutti più richiamano l'idea e la modalità di rapporto dell'esaltazione fissata descritta da Binswanger (8) Wyrsh dice che riescono «a trascendere i fenomeni schizofrenici sul piano di un'empatia universale». Essi si sentono gli eletti, oppure le vittime, ma sempre sul piano cosmico. Per essi, che non hanno in acuto alcuna coscienza della propria condizione morbosa, il *quid novum* recato dalla malattia non è vissuto come proveniente dall'interno, ma dall'esterno sotto forma di "ispirazione, illuminazione, appello". Il delirio, a differenza di quanto accade per il gruppo precedente in cui esso ha carattere retrospettivo, esplose come l'*eureka!* di una ricerca incessante. Esso ha pertanto il carattere della rivelazione e, per quanto riguarda i contenuti, questi traggono origine dalla biografia del malato, essendone spesso "una proiezione affermativa verso l'esterno".

II. POSIZIONE E ATTEGGIAMENTO VERSO IL PROCESSO

Le forme cliniche prototipiche degli esordi schizofrenici vengono da Wyrsh descritte sulla base dei modi in cui la persona del malato prende posizione di fronte all'irrompere della malattia che minaccia la sua esistenza. Ciascuna di esse incarna una peculiare modalità di aderire ad un'esperienza, cioè di *accogliere un accadimento*, e rappresenta un *atteggiamento* della persona nei confronti di una trascendenza. Ciò che appare con brutale evidenza nelle *poussées* acute è l'attività devastante esercitata dal "processo morboso", il quale – scrive Wyrsh – "tocca" la persona del malato chiamandola ad una "presa di posizione" e, pertanto, imprimendo una svolta alla sua biografia interiore. Le forme, i contenuti, l'intensità ed il grado di alienazione della persona dalla continuità della propria biografia, tramite i quali il processo si manifesta, sono funzione delle risorse spirituali della persona stessa.

In primo luogo, delle sue capacità di amalgama linguistico: risalgono al 1922 gli studi di Alsberg, ripresi da Gehlen, in cui si iniziava a concepire «il rapporto di compensazione, che esiste tra una dotazione organica biologicamente deficitaria nell'uomo e l'intelligenza linguistica» (Gehlen, 9). Le fenomeniche del processo psicotico sono, dunque, funzione del modo in cui gli elementi primari del processo psicotico vengono (o non vengono) “oggettivati” dall'azione linguistica della persona.

In secondo luogo, il gradiente di dislocazione della persona operato dall'irrompere del processo è relativo al modo in cui essa tendenzialmente prende posizione di fronte agli eventi del mondo. È qui pertinente la rigorosa distinzione formulata da Haeberlin, e adottata da Binswanger (10), tra “posizione nella vita” e “atteggiamento verso la vita”. Il primo concetto di riferisce al luogo verso il quale la persona viene passivamente spiazzata dalla pressione del processo, in una posizione eccentrica rispetto alla propria biografia, venendole a mancare il supporto d'una presa linguistica sull'accadere processuale stesso. Invece, l'«atteggiamento verso la vita (...) è il momento propriamente costitutivo della storia nell'ambito dello sviluppo complessivo dell'individuo» (Haeberlin, cit. da Binswanger, 10). Nell'assumere un atteggiamento verso la vita, la persona trascende (vede da altrove) la propria nuova posizione nella vita, oggettivandola come esito della trasformazione processuale. È questo il momento in cui l'affiorare della coscienza di passività (dell'essere passivamente trasformati dal processo) pone le basi per il risorgere dell'attività costitutiva dell'io, come può risultare dal caso che segue.

III. L'ORACOLO CROMATICO

M., di origine giapponese, è uno studioso di materie umanistiche, trasferitosi nel nostro Paese per un corso di perfezionamento post-universitario. Di circa 30 anni, dotato di una personalità segnata da profonda insicurezza ed elevato senso del dovere, nonché di una spiccata sensibilità figurativa, acuita dagli studi d'arte, inizia a percepire – non senza sacche di resistenza critica – l'ostilità dell'ambiente e della gente che, in vari modi, manifesta a lui biasimo e disapprovazione.

A fianco di tale clima sensitivo-persecutorio, con il tempo viene a svilupparsi un complicato sistema interpretativo-deduttivo centrato sul significato simbolico dei numeri e dei colori. Riguardo a quest'ultimo, egli rivela che, agli inizi, *costringeva se stesso* a “sentire il significato del colore”, nel tentativo di trovare in ciò un appoggio esterno, un punto di riferimento nelle difficili scelte che gli erano prospettate in termini di studi e di carriera: la visione di quel tale colore poteva servirgli come conferma o suggerimento dell'efficacia di una certa decisione. Successivamente, la percezione anomala dei colori venne ad essergli *imposta su basi puramente sensoriali ed iperestesiche*: vedeva i colori “troppo chiari” o “troppo forti”, non potendosi sottrarre alla loro pervasività ed invadenza, che raggiungeva all'acme il carattere dell'appello personale (*tua res agitur*). Questa fase, che allude ad una componente biologico-somatica – “somaticità estesiologica” secondo Husserl (11) –, non era limitata all'unica modalità psicosensoriale visiva, ma si estendeva anche a quella uditiva.

Ciascun colore viene così ad essere proposto apposta per lui e ad avere un preciso significato, anche se esso può restare ignoto per M., sempre più disorientato e perplesso di fronte “all'aumentare senza fine” dei significati contenuti in una singola tonalità cromatica, resa ipercomplessa anche dal doppio registro simbolico, quello orientale e quello occidentale, secondo i quali, come è noto, il significato dei colori può essere ben diverso ed anche opposto (si pensi al bianco, legato nelle diverse culture alla purezza o alla morte). Non a caso M. si scompensa poco dopo il suo trasferimento in Italia. Il clima di passività, nel quale questa esperienza giunge ben presto a presentarsi, è tale da cortocircuitare il fenomeno della percezione delirante (che avremmo potuto aspettarci come punto estremo del *sense-deception continuum*) ed attingere, invece, direttamente al capolinea del totale depotenziamento rappresentato dal *Gemacht*: attraverso i colori viene esercitato ciò che lui chiama “psicocontrollo” (influenzamento psichico). A questa esperienza,

si associa anche quella di trasparenza e lettura (passiva) del pensiero. Nelle fasi successive del percorso si osserva il medesimo fenomeno dell'oracolo cromatico, ma da molteplici (quasi infinite) angolature. Infatti, a tratti M. esprime vissuti di totale passività ed adesione esistenziale incondizionata nei confronti della pregnanza fisiognomica del colore, siglati dall'esperienza dello "psicocontrollo"; in queste fasi non gli è possibile alcun distanziamento critico, né alcun movimento intenzionale di disattualizzazione dell'esperienza d'influenzamento. In altri momenti, M. sostiene di poter "sopportare" lo psicocontrollo, ma di non potersi sottrarre ad esso, esprimendo un sentimento di malattia, che non attinge però ad un'autentica coscienza di malattia, mettendo in atto strategie di compenso alla lunga inefficaci: («sarebbe meglio portare occhiali neri», «se prendo medicine posso ingannare me stesso»). Si avvicendano, inoltre, fasi di minore pervasività iperestesica ed anche simbolica, in cui il colore ed il significato sono "meno forti", in cui dice di «non poter fare a meno di interpretare i colori», dimostrando così di recuperare la coscienza di passività, senza però integrarla con la coscienza di malattia. In altri momenti ancora, l'angoscia relativa a tali esperienze è ridimensionata dalla capacità di articularle alla propria situazione storico-biografica d'insicurezza ed indecisione: «sono diventato più forte verso gli stimoli esterni – dice – (...) dipende dalla mia situazione psichica»; «lo scopo è chiaro», riferendosi appunto alla pacificazione, che egli semiconsapevolmente si propone di ottenere con questa delega rituale della decisione. In altri momenti, infine, M. avverte tali fenomeni come proprie interpretazioni deliberate, dunque attive e pertanto di validità da lui stesso giudicata opinabile e criticabile, secondo la modalità nota come "consapevolezza simbolica di significato" (12). A questo proposito, egli dice: «I colori sono troppo stimolanti per me. Sono stupido, vero? Ma posso sopportarlo. Una tecnica per controllare la mia situazione psichica è non negare nulla di quello che vedo, ma pensare tutto idealmente, e cioè ottimisticamente. Ciò che prima sentivo come una minaccia, ora è per me un suggerimento per le mie scelte. È un po' pazzo, forse, ma altrimenti non potrei vivere».

Queste declinazioni del medesimo fenomeno psicopatologico, tra le quali M. oscilla diacronicamente, sembrano rappresentare l'epifenomeno di diversi atteggiamenti della persona M. nei confronti di due insufficienze di base: un disturbo della "somaticità estesiologica", nella sua funzione di filtro sensoperceptivo, ed un disturbo posto sul piano della costituzione caratteriologica siglata dall'insicurezza. La biografia di M. potrebbe rendere ragione della "scelta del sintomo", data la sua spiccata sensibilità artistico-cromatica sulla quale (peraltro) il processo della malattia non è affatto passato senza lasciare traccia, ma non nel senso del deterioramento. M. un giorno mi confida che il suo originario progetto esistenziale di fare lo "storico" dell'arte – attività della quale enfatizzava la pretesa finalità di oggettivare i fatti artistici – con gli eventi psicopatologici accadutigli si è modificato. Egli si sente ora portato a rivalutare la "critica" d'arte nella sua funzione certo meno rigorosa, più soggettiva ed aperta alle impressioni ed alle sfumature delle interpretazioni personali, di cui l'esperienza della malattia gli ha rivelato la dignità e l'interesse.

IV. ORIZZONTE CLINICO E ANTROPOFENOMENOLOGICO

Il progetto di Wyrsh può essere inscritto in un triangolo, che ha ai propri vertici la prospettiva della psichiatria clinica – rappresentata dalla figura di E. Bleuler, "il nostro maestro E. Bleuler" –, quella antropofenomenologica di L. Binswanger ed infine quella dell'antropologia filosofica, rifondata alla fine degli anni Venti da M. Scheler.

Infatti, sullo sfondo di tale impostazione del problema della clinica dell'acuzie schizofrenica si può scorgere, in primo luogo, la teoria bleuleriana (13) dei sintomi primari e secondari e, globalmente, gli elementi della "Psicologia della Schizofrenia" concepita a Burghoelzli da E. Bleuler, Jung, Klaesi, Mauer, pur «senza applicare – specifica Wyrsh – il metodo fenomenologico». Infatti, per la definizione della componente processuale, Wyrsh prende a prestito il concetto bleuleriano di "sintomo primario", restando fedele all'indirizzo dinamico applicato alla psichiatria clinica, ma superandolo sul piano dell'empatia d'ispirazione antropologica,

vale a dire spingendo alle estreme conseguenze la nozione di funzione patoplastica della personalità. La diversità morfologica dei quadri clinici non rimanda per Wyrsh a distinte istanze etiologiche, ma, ferma restando l'unitarietà del processo psicopatologico, è condizionata dal ricorso a diversi atteggiamenti psicologici.

Inoltre, nel discorso di Wyrsh, svolge un ruolo specifico la riflessione di Binswanger, soprattutto nel suo accento etico ed in quello epistemologico. Infatti, sia la nozione di "proporzione antropologica" (8), che sta alla base dell'antropologia filosofica di Binswanger, sia la dialettica tra "storia di vita" e "funzione vitale" (10), che rappresenta il perno della sua antropologia clinica, suffragano (implicite o esplicite) le pagine di Wyrsh. Entrambe – come scrisse Binswanger (10) – contribuirono alla ridefinizione del concetto di "persona" attraverso quello di "storia di vita interiore o spirituale", «onde porre in chiara luce il carattere storico e psicologico-ermeneutico» dell'indirizzo di ricerca, che da ciò venne a scaturire.

Infine, il terzo vertice del triangolo è l'antropologia filosofica di M. Scheler, ed in particolare il suo saggio *Die Stellungdes Menschen im Kosmos* (2). Effettivamente, la nozione di "persona" applicata da Wyrsh è mutuata da Scheler, almeno limitatamente alla definizione di questa come «centro dal quale l'uomo esegue gli atti attraverso i quali oggettiva il mondo, il proprio corpo e la propria psiche». È questo elemento «essenziale e superiore a se stesso ed al mondo» – la cui "posizione" è definita da Scheler in rapporto alla sua condizione di «emancipazione esistenziale rispetto a ciò che è organico», emancipazione relativa al suo essere spirituale – che è *toccato* dal processo schizofrenico. Le forme, i contenuti, i decorsi e gli esiti della malattia non sono in funzione della meccanica biologica del processo, bensì della persona psicologica dello schizofrenico, al cui carattere ineriscono tendenze attive e creative di autoguarigione.

V. DOPPIA NATURA DEI SINTOMI EVOLUTIVI

Ancor più che nei suoi vertici concettuali presi isolatamente, il progetto di Wyrsh può essere colto nelle linee che li congiungono. Ciò che segue può esserne un esempio.

Le posizioni di Bleuler e quella di Binswanger possono apparire assai distanti, se si pensa alla svolta operata da quest'ultimo nel considerare il sintomo schizofrenico, non facendo ricorso – come scrisse Wyrsh (14) – «al substrato somatico, a motivazioni psicogenetiche e criteri di comprensibilità» (dunque, non facendo ricorso ai tradizionali strumenti della psicopatologia), bensì come correlativo d'una trasformazione della presenza del malato, in base al suo "modo d'essere" (cosicché il delirio viene colto sulla base del modo d'essere dell'esaltazione fissata). Tuttavia, questa opposizione metodologica è brillantemente risolta da Wyrsh, in quanto sia le trasformazioni *processuali*, intese come trasformazioni primarie del soma malato, che quelle della *presenza* del malato, intese come originale presa di posizione e orientamento di questa nei confronti di tale cambiamento, vengono esaminate parallelamente. Infatti, il concetto di "sintomo primario" (Bleuler, 13) viene sussunto in quello di "funzione di vita" (Binswanger, 10) – e quest'ultimo a sua volta non è lasciato nella sua indeterminatezza, ma è specificato secondo le categorie della psicopatologia clinica.

Inoltre, entrambi vengono concepiti come accadimenti che, laddove siano sproporzionati e dunque non amalgamati storicamente dalla persona del malato, possono imprimere una svolta patologica alla biografia (alla "storia di vita"), ma parimenti possono mantenerne la vitalità, una volta iniziato il percorso della malattia, scongiurando che essa imbocchi la strada della cronicità e si arresti presso un "binario morto".

La conciliazione tra psichiatria clinica e antropofenomenologia può avere senso solo se la persona del malato è concettualizzata – come postula Scheler (2) – come un'istanza trascendente la componente vitale-biologica, ma al tempo stesso come traente la propria energia ed il proprio materiale di costruzione da quest'ultima, secondo la formula: «*lo spirito ideifica la vita, ma solo la vita può rendere effettivamente reale lo spirito*».

Lo spirito è concepito da Scheler “per sua natura e originariamente” impotente; esso non possiede alcuna energia propria, ma la ricava dagli impulsi vitali attraverso un processo di “sublimazione”.

Questa tesi, altamente speculativa e come tale opinabile, orienta il nodo più cruciale della dottrina di Wyrsh, vale a dire la dottrina dei rapporti tra acuzie e cronicità, centrata sulla teoria dei “segni evolutivi”, di quegli elementi, cioè, che segnalano l’attività del processo psichico schizofrenico. A questo proposito, Wyrsh rimane solo in parte fedele alle fondazioni jaspersiane della nozione di “processo” (15) – conservandone il carattere definitorio di novità e di discontinuità temporale – ma non sembra condividere l’equidistanza e l’extraterritorialità del “processo”, postulate da Jaspers rispetto alle istanze patogene sia biologiche che psicologiche e caratterizzanti le fondazioni della psicopatologia generale. Wyrsh – dopo aver revisionato criticamente le opinioni di Bleuler, Mayer-Gross, Gruhle e Berze – afferma che il sigillo della processualità non va ricercato tanto nel tratto oggettivo del sintomo “primario” (non nella sua inderivabilità tanto psicologica che biologica), quanto nella *Stimmung*, nell’atmosfera in cui determinati fenomeni si manifestano. La *trasformazione dell’umore vitale fondamentale* è il marchio dei sintomi primari processuali: è la trasformazione dell’umore in cui sono indovati i sintomi, che rappresenta qualcosa di “primario” e ne sanziona l’evolutività, cioè l’impatto sulla biografia del malato. Si definisce così, accanto alla funzione patogena dei sintomi evolutivi, una loro antitetica funzione immunoplastica, poiché essi, «avendo la qualità dell’avvenimento», sono in grado di stimolare «la biografia vitale interna del malato».

Dunque Wyrsh traspone sul piano psicopatologico il postulato fondamentale dell’antropologia scheleriana, assumendo che i sentimenti vitali fondamentali “prossimi alla corporeità” rappresentino, anche nel processo della schizofrenia, quel «potenziale energetico della soggettività» (Schulz, 5) di cui usufruisce la persona nell’eseguire quegli atti, attraverso i quali «oggettivizza il proprio mondo, il proprio corpo e la propria psiche» (Scheler, 2), costituendo come storia di vita tale emergenza della propria funzione vitale.

La consistenza della persona dipende dalla persistenza della vita istintuale. Infatti, non si ha “persona”, «intesa come punto di emergenza di atti psichici», senza quella «assise fondamentale che è il suo umore» (Wyrsh), il quale fa sì – direbbe Binswanger (16) – che un semplice accadimento (somatico o mondano) possa diventare un’*Erlebnis*. D’altra parte, se non esiste persona, non esiste biografia (ma solo impulsi, o solo processo): l’uomo è, infatti, come ha riassunto Schulz, «l’essere che dà forma all’energia dei propri impulsi», secondo una prospettiva che abbraccia tanto il pensiero di Wyrsh che quello di Scheler e Gehlen. Entrambi assegnano all’“uomo” la facoltà di dirigere la vita istintuale, imponendo ad essa il proprio progetto, il primo esortando lo “spirito” a tale compito con accenti etici, il secondo segnalandone la necessità biologica in chiave autoconservativa. Infatti, secondo Gehlen – che a questo proposito sviluppa polemicamente l’intuizione ripresa da Scheler – per l’uomo il “prendere posizione” nei confronti di se stesso, “disporre” le proprie predisposizioni e “dirigere” la propria vita rappresentano una “reale necessità”, non un imperativo morale o spirituale. La necessità di autoconduzione è – per l’immagine che dell’uomo ha Gehlen – un intimo bisogno, poiché l’uomo senza una intuizione di sé non potrebbe vivere.

Ma questo processo di autodefinizione può condurre alla formazione di un assetto stabile di personalità (secondo Gehlen tutt’altro che deprecabile, ed anzi necessario ed auspicabile), dunque contiene in sé un germe di fallimento e autoperversione, potendo agire alla stregua d’una rigida e potente istituzione interna, autolimitante e normalizzante la varietà di risposte e di prese di posizione nei confronti della “vita”, contrassegnata dal venir meno della mobilità storica dell’esistenza.

Si vede in tal modo come la metafora della “posizionalità” – la posizione della persona nei confronti della funzione di vita e, in psicopatologia, del processo psicotico – incrementi il proprio valore euristico, se coniugata con quella della “proporzionalità”. A seconda dei rapporti tra persona e processo psicotico, infatti, i movimenti pertinenti alla funzione vitale possono rappresentare ora

spinte centrifughe e dunque patogene, in quanto assolutamente inadeguate all'argine intenzionale della persona del malato, ora risorse centripete e storicizzanti. Sono queste ultime a fornire il materiale di combustione, che conserva la centralità della persona rispetto agli accadimenti e, pertanto, tiene in vita la storicità della sua esistenza.

D'altro canto, come è altrettanto noto, «il compito, intimamente connesso con l'esistenza dell'uomo, della strutturazione della vita pulsionale» (Gehlen, 3) può tradursi tanto in un'adeguata disciplina delle spinte processuali e nel loro geniale orientamento, tanto nell'organizzazione invulnerabile d'un assetto perverso di personalità.

VI. POSIZIONE E PROPORZIONE ANTROPOLOGICA

Nell'opera di Binswanger, le metafore della "posizionalità" e della "proporzionalità" s'impongono principalmente nei saggi di *Tre forme di esistenza mancata* (8).

L'"esaltazione fissata", la "stramberia" ed il "manierismo" – categorie lessicali a cavallo tra linguaggio comune e gergo psicopatologico, che Binswanger coglie nella loro significazione eidetica – rappresentano minacce incombenti sull'esistenza umana e, come tali, modalità immanenti alla struttura fondamentale dell'essere uomo. Esse sono descritte come forme di fallimento dell'esistenza umana (e non minorazioni, o deviazioni patologiche, o sintomi) in quanto contraddistinte dall'"arrestarsi del *movimento storico* dell'esistenza", dal venir meno della sua "*autentica mobilità*". Al tempo stesso, esse sono intese come "modi particolari del *trovarsi-di-fronte-a-un-ostacolo*", cioè come declinazioni mal riuscite del rapportarsi ad una trascendenza.

Il fondamento concettuale dell'antropologia filosofica di Binswanger, che sottende gli studi sull'"esistenza sventurata", è la nozione di "proporzione antropologica". Secondo Blankenburg (17), questa nozione, lungi dall'aver per Binswanger una connotazione empirica, costituisce un "concetto antropologico categoriale"; come tale, essa rappresenta il luogo in cui la visione eidetica, organo della fenomenologia husserliana, è posta a fondamento di un'*antropologia*, che appunto per questo può dirsi *fenomenologica*. Infatti, ciò che la visione fenomenologica coglie nell'esaltazione fissata è il perdersi dell'esistenza nel senso dell'altezza o della profondità ("irrigidirsi ascensionale", come traducono Callieri e Castellani, 18). Parimenti, nella stramberia ciò che appare è la trasversalità, tanto nel senso della stortura e della forzatura, che in quello dell'essere appesi ad un filo sull'orlo d'un abisso. Nel manierismo, infine, si vedono la coartazione, l'ispessimento dell'involucro esterno rispetto al vuoto dell'interno. Nella complessità dei rimandi metaforici, dunque, così come l'esaltazione fissata fa riferimento alla sproporzione tra la dimensione verticale e quella orizzontale, la stramberia concerne la sproporzione nel senso della eccentricità e della mancanza di simmetria, ed il manierismo quella tra interiorità ed esteriorità. Il caso dell'esaltazione fissata, in particolare, è nell'opera di Binswanger quello più estesamente articolato ai fondamenti della sua antropologia fenomenologica, centrata appunto sulla nozione di "proporzione antropologica".

Nell'esplicitare alcuni riferimenti psicopatologici, viene richiamata la nozione bleuleriana di "demenza del rapporto" (*Verhaeltnisbloedsinn*), ma si potrebbe anche ricordare – come fa Blankenburg – la dottrina di Birnbaum, secondo il quale la "psicopatia" è l'esito d'una sproporzione tra «le relazioni, che gli elementi della personalità hanno l'uno rispetto all'altro e rispetto a fattori esterni», essendo del tutto indipendente dalla abnormità di tali elementi presi individualmente. Anche la concezione di Ey (19) del *Moi "caractéropathique"* è articolata sulle nozioni di "squilibrio" ed "eccentricità". La personalità caratteropatica si organizza disarmonicamente, essendosi sviluppata in maniera ipertrofica una determinata possibilità esistenziale, che esclude il suo reciproco e tutte le altre: il fanatico impulsivo è sbilanciato verso l'aggressività, l'ansioso ha perso il suo centro di gravità e contempla soltanto lo scacco e l'insicurezza, l'introverso "vede" soltanto il rifiuto della realtà.

Calvi (20) ha mostrato come l'esercizio fenomenologico consenta di accedere ad una simile visione della personalità, facendo *epochè* anche delle categorie psicopatologiche: la persona «risulta come personalità quanto più è unidimensionale e quindi tipica», ed è questo squilibrio che ne determina l'individuazione, sia che essa si proponga in termini di figura eminente ed esemplare, che in termini di disagio esistenziale e/o psicopatologico.

È importante comprendere che ciò che Binswanger ha mostrato tramite il concetto di "proporzione antropologica" è qualcosa di essenzialmente diverso dal principio d'una tradizionale caratterologia: nell'esaltazione fissata, che illustra metaforicamente lo sradicamento dalla *communio* e dalla *communicatio*, è in gioco la sproporzione tra la *base*, costituita dal poter comprendere e l'*altezza* di quanto si ambisce a comprendere, e non il rapporto tra due aspetti opposti o complementari del carattere (come, ad esempio, nella dottrina kretschmeriana delle proporzioni psicoestesiche). Quando l'espansione nel senso dell'altezza (o della profondità) diviene disarmonica rispetto alla base che dovrebbe sorreggerla, ha luogo quella "deformazione strutturale", che chiamiamo esaltazione fissata, in cui la persona non è più in grado di appropriarsi dell'esperienza, e dunque di *essere presente a se stessa*.

La visione eidetica rivela allora un essere umano *incrodato* ad una parete di roccia o sprofondata in un abisso dal quale non è capace di riemergere, in balia della struttura antropologica fondamentale della pesantezza; mostra un modo deiettivo di essere-nel-mondo, quello di un progetto (*Entwurf*) sproporzionato all'essere-gettato (*Geworfenheit*). Se la relazione terapeutica può essere descritta come un «incontro sull'abisso dell'essere-presenti» ed il medico paragonato ad una «guida di montagna competente, vale a dire che conosce il "terreno" in questione, che cerca il sentiero verso valle con il turista dilettante il quale non osa più fare né un passo avanti né uno indietro» (Binswanger, 21), è proprio perché l'essenza della perdita della libertà nella situazione dell'esaltazione fissata (ed in generale dell'esistenza sventurata) consiste nel *non essere presenti a se stessi*.

L'esistenza è definita "sventurata" o "mancata" proprio perché la presenza non è più tale essendo in questa vertigine e dunque non è in grado di «cogliere e comprendere ciò che incontra (inclusa se stessa)» (Blankenburg, 17). Binswanger estende il campo dei rimandi metaforici e teoretici di queste nozioni nel saggio *Sogno ed esistenza* (22), mostrando che il singolo da sognatore diventa uomo (*presenza*) nel momento in cui decide di sapere "come gli succede" e di introdurre nel movimento degli eventi, ora ascendente, ora discendente, "una continuità ed una consequenzialità"; e cioè quando, divenendo presente a se stesso, *costituisce la funzione di vita*, della quale il sogno è una pregnante epifania, *in storia di vita interiore*.

CONCLUSIONI

«Non si può trascurare il fatto che il soggetto psicotico talvolta può anche, come *persona*, prendere posizione di fronte alla psicosi». Questa affermazione di K. Schneider (23), per quanto cauta, mostra l'interesse (fin qui lasciato in ombra) del sistema della psicopatologia generale per il tema del presente contributo. Come è noto, Schneider ordina il materiale dell'analisi psicopatologica in tre gruppi: i modi elementari dell'esperienza vissuta, le sue proprietà fondamentali e «ciò che abbraccia e circoscrive l'esperienza vissuta», includendo in quest'ultimo le condizioni permanenti, che condizionano e formano l'*Erlebnis*, vale a dire l'attenzione, la coscienza, l'intelligenza e soprattutto la personalità. Per quanto la psicopatologia generale, tradizionalmente, abbia cura essenzialmente per i primi due livelli di analisi, cioè per i *modi* del sentire, del percepire, rappresentare, ecc. e per i loro *organizzatori* concettuali di grado epistemologicamente superiore, come l'esperienza dell'io o l'esperienza del tempo, non è estranea, tuttavia, a tale disciplina la riflessione sul modo in cui il malato *elabora* i propri sintomi morbosi. Come l'individuo sano, «anche il malato prende un atteggiamento di fronte alla malattia» e si pone alla ricerca d'una "appropriazione comprensiva" di essa, i cui scopi (e limiti) sono *identici* a quelli

della conoscenza medica; questa autoriflessione – sono tutte parole di Jaspers (15) – è capace di «influenzare in bene o in male i processi patologici». Tutto questo è possibile, tale è l'esplicita *petitio principii* antropologica jaspersiana, perché «tanto nella vita psichica malata, quanto in quella sana, è presente lo spirito».

Non è trascurabile il fatto che, se da un lato Jaspers pone la persona – lo “spirito” – come istanza trascendente la malattia in grado di assumere un *atteggiamento* verso di essa, dall'altro parla della *trasformazione* della personalità ad opera del processo morboso: «a tutte le personalità formatesi attraverso un processo è comune una limitazione o una distruzione. In tali casi, quando parliamo di “deterioramento”, includiamo disturbi dell'intelligenza, della memoria, ecc. e le alterazioni della personalità». È vero, peraltro, che ricerche successive hanno grandemente ridimensionato l'opinione formulata da Jaspers. Basterebbe citare, tra le più recenti, quella di Mundt (24), nella cui monografia sull'apatia schizofrenica si legge tra l'altro che «è possibile acquisire materiale per la funzione patoplastica della personalità, che potrebbe anche subire una svolta, ma che, vista nell'arco di tempo di tutta una vita, rimane attiva con sorprendente continuità». Tuttavia, è fuori d'ogni lecito dubbio che, se da un lato la persona è in grado di assumere un atteggiamento di fronte alle manifestazioni elementari, primarie e basiche del processo morboso, dall'altro tale atteggiamento non può non essere condizionato dal processo stesso. Questo investe la personalità, trasformandone o anche solo disturbandone le disponibilità intenzionali, vale a dire la capacità di dar forma alle esperienze elementari e di disattualizzare e correggere tali attribuzioni di significato, nel libero gioco dell'intenzionalità e nella piena coscienza di attività costitutiva e passività (spontaneità) recettiva. Non basta infatti dire, come ha fatto recentemente Strauss (25), che personalità (*coping*) e malattia primaria sono due variabili *semi-indipendenti* nella morfogenesi dei quadri morbosi: il punto è proprio spiegare cosa s'intende con “semi-indipendenti”, perché tale è l'originale formula del problema mente-cervello in psichiatria, cioè la «trasformazione dialettica della storia di vita in funzione vitale», come scrive Binswanger (26).

È dunque possibile che questa riflessione sui rapporti tra persona e processo sia servita soltanto a tornare alle origini del problema – i *dissoi logoi* jaspersiani relativi all'*atteggiamento* della persona verso il processo ed alla *trasformazione* della persona ad opera del processo – e dunque semplicemente a constatarne l'aporeticità. Comunque, è possibile almeno apprezzare che una tale ricognizione mette in risalto la necessità teoretica, sentita da molti Autori, di applicare al problema della costituzione dei mondi psicotici il dualismo metodologico propugnato da Bleuler, facendo risalire la genesi dei fenomeni finali all'azione patoplastica esercitata dalla personalità sui sintomi primari. Si è visto come tale dualismo possa spingersi fino all'ipotesi metafisica della presenza d'una “persona spirituale”, che affronta, in chiave tragica, l'emergenza fenomenica del *morbus* nel tentativo talora di amalgamarne l'irruzione nel tessuto della storia di vita. E che a tale proposito venga a porsi il problema più radicale, quello della definizione *ontologica* della nozione di “persona”, in particolar modo nei suoi rapporti – all'interno della totalità bio-psicologica – con il *quid novum* apportato dal processo. Uno dei risultati più apprezzabili di questa impostazione è di rappresentare un ponte tra il metodo della psicopatologia fenomenologica “analitico-descrittiva” tradizionale, centrata sull'analisi dei *modi dell'esperienza vissuta* – attraverso la quale, ad esempio, il delirio cosiddetto “primario” è colto come esperienza della rivelazione – e l'approccio antropologico, centrato sul *modo di rapportarsi della persona alla sfera dei sintomi elementari processuali*. Mediante quest'ultimo, il medesimo fenomeno è colto come una delle posizioni possibili assunte dal malato nei confronti di un'esperienza ancor più primaria, nella fattispecie la posizione dell'adesione incondizionata (esaltazione fissata) e non quella, ad esempio, di maggiore distanziamento, caratterizzante la consapevolezza simbolica di significato (come nel caso clinico precedentemente descritto). Questa impostazione, tra l'altro, contribuisce a render ragione dell'estrema variabilità difficilmente riconducibile all'esistenza, di altrettanti fenomeni primari *in re naturae*, ma più facilmente interpretabile come risultato d'una varietà di atteggiamenti intenzionali.

Wyrsh ha affrontato con magistrale lucidità i problemi casi sollevati, in particolare quelli dei rapporti tra persona e processo, alla rubrica “criteri biografici del processo”, facendo ricorso alle

risorse concettuali dell'antropologia filosofica del suo tempo, ma non senza esporsi a due ordini di possibili critiche: l'una riguardante l'ipotesi metafisica adottata, cioè la dottrina esposta da Scheler nel saggio *Die Stellung des Menschen im Kosmos*; la seconda relativa all'aver escluso le sindromi affettive dall'orizzonte di analisi così impostata, asserendo che gli episodi maniacali o depressivi, diversamente dalle schizofrenie, «non fanno che passare sul malato» senza radicarsi nella sua biografia. Questa affermazione, rafforzata dall'autorità di Binswanger in *Melancholie und Manie* (27), è senz'altro valida se si considerano le forme “pure” di mania o di melancolia, mentre appare assai discutibile laddove, ad esempio, il sintomo *disforia* venga a definire originalmente, a dare la sua impronta al quadro psicopatologico. Certamente, quando all'“irruzione della deiezione” non si oppone efficacemente alcun argine personologico, casi come accade nella mania e nella melancolia *pure*, il malato è passivamente sollevato o sprofondato dal processo endotimico. Ciò è quanto rende totalmente atipiche ed impersonali tali forme morbose. Si potrebbe ipotizzare che il *typus melancholicus* (28), proprio perché dispone a priori del dispositivo antropologico della colpa ed è ad esso incline, sul piano dei significati costituisca l'arresto temporale – qui considerato come l'aspetto processuale endogeno della malattia – esattamente nel mondo del *debet* e della *culpa*, mentre un assetto di personalità più stenico ed incline alla lotta, od anche non così unilateralmente proclive a strutturare le situazioni vitali in termini di responsabilità propria, si tratti sulla soglia del mondo melancolico, in quella situazione altamente instabile definita da Tellenbach come “disperazione”, i cui caratteri fenomenologici e clinici tanto assomigliano al mondo della disforia e quelli antropologici alla condizione della *Verschrobenheit*.

D'altronde, la configurazione epifenomenica del mondo maniacale, melancolico o disforico potrebbe altresì dipendere non solo dalla posizione della persona del malato nei confronti del processo endotimico, ma dalla proporzione tra queste due istanze, venendo a configurarsi, ad esempio, il mondo della disforia quando l'onda timica non riesca totalmente a sommergere, ma solo a lambire in maniera irritante o a urtare, l'esistenza del malato. Si può pensare, per concludere, che anche i disturbi affettivi, e non solo le schizofrenie, si prestino ad analisi condotte tramite i concetti antropologici di “posizione” e di “proporzione antropologica”.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Wyrsh J. *Die Person des Schizophrenen Haupt*, Bern 1949.
- (2) Scheler M. *Die Stellung des Menschen im Kosmos* 6. Auflage, Franke, Bern 1962.
- (3) Gehlen A. *Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt* Akademische Verlagsgesellschaft Athenaion, Wiesbaden 1978.
- (4) Plessner H. *Die Stufen des Organischen und der Mensch*. Berlin 1965, cit. in Gehlen A. *Der Mensch ecc.*
- (5) Schulz W. *Philosophie in der veraenderten Welt* Dritter Teil: *Vergeistigung und Verleiblichung*, Neske, Pfullingen 1972.
- (6) Wyrsh J. *Gesellschaft, Kultur und psychiatrische Stoerung* Thieme, Stuttgart 1960.
- (7) Huber G. *Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung fuer Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen* *Nervenarzt*, 54, 1983.
- (8) Binswanger L. *Drei Formen Missgluekten Daseins* Niemeyer, Tuebingen 1956.
- (9) Gehlen A. *Philosophische Anthropologie* in *Meyers Enzyklopaedisches Lexikon* Mannheim, Wien, Zürich 1971.
- (10) Binswanger L. *Lebensfunktion und innere Lebensgeschichte* *Mshr. Psychiat. U. Neurol.*, 63, 1928.
- (11) Husserl E. *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie II: Phänomenologische Untersuchungen zur Konstitution* Nijhoff, Den Haag 1952.
- (12) Ballerini A., Stanghellini G. *Obsession and Revelation: Anthro-phenomenological Questions* *Comprendre*, 5, 1990.

- (13) Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien Deuticke*, Leipzig, Wien 1911.
- (14) Wyrsh J. *Clinica della schizofrenia in Psichiatria del presente* vol. VII, PUG, Roma 1969.
- (15) Jaspers K. *Allgemeine Psychopathologie* 6. Auflage, Springer, Berlin, Goettingen, Heidelberg 1959.
- (16) Binswanger L. *Geschehnis und Erlebnis* Mschr. Psychiat. u. Nerol., 80, 1931.
- (17) Blankenburg W. *Anthropological Proportions in Phenomenology and Psychiatry* De Koning A.J.J. and Jenner F.A. Eds., Academic Press, London, Toronto, Sydney 1982.
- (18) Callieri B., Castellani A. *Fenomenologia psicopatologica del "mondo vissuto"* Riv. Sper. Fren., 95, 1971.
- (19) Ey H. *La Conscience* PUF, Paris 1963.
- (20) Calvi L. *Per una visione fenomenologica della personalità* in *Personalità e Psicopatologia* a cura di P. Sarteschi e C. Maggini, ETS, Pisa 1990.
- (21) Binswanger L. *Daseinsanalyse und Psychotherapie* Zeitschr. f. Psychotherapie u. medizin. Psychol., 4, 1954.
- (22) Binswanger L. *Traum und Existenz* Neue Schweiz. Rundschau, New York 1980.
- (23) Schneider K. *Klinische Psychopathologie* Thieme, Stuttgart, New York 1980.
- (24) Mundt C. *Das Apathiesyndrom der Schizophrenen* Springer, Berlin, Heidelberg 1985.
- (25) Strauss J.S. *Mediating Processes in Schizophrenia. Towards a New Dynamic Psychiatry* Brit. J. Psychiat., 155 (Suppl. 5), 1989.
- (26) Binswanger L. *Préface à la traduction française de Le cas Suzanne Urban* Monfort, Saint-Pierre-de-Salerne 1988.
- (27) Binswanger L. *Melancholie und Manie* Neske, Pfuellingen 1960.
- (28) Tellenbach H. *Melancholie* Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1974.

Dott. Giovanni Stanghellini
Via delle Bombarde, 3
I-50123 Firenze