

LORENZO CALVI

IN TEMA DI ACCANIMENTO TERAPEUTICO.
UN DIBATTITO E UN ESERCIZIO FENOMENOLOGICO
con interventi di Alfredo Civita e di Alberto Giannelli

C'è un lavoro di Morselli del 1948 che riassume nel suo titolo una tematica ancora ben lontana dall'essere esaurita: *Esiste un'attività psicopatologica originale?*

Questo lavoro ha, per dirla in poche parole, un contenuto manifesto ed un contenuto latente. Il contenuto manifesto consiste in una discussione sulla natura delle allucinazioni, dove si confuta l'ipotesi neo-jacksoniana della dissoluzione e si sostiene l'ipotesi della costruttività schizofrenica. Il contenuto latente consiste nell'appassionata convinzione che il malato di mente non sia una creatura perduta nella malattia come in un'inferiorità ed un'alienità irraggiungibili e che sia anche lui "prossimo" grazie ad un'umanità compromessa ma non cancellata.

Questo messaggio mi si ripresenta ogni volta che il mio intervento farmacologico riesce ad eliminare allucinazioni o altre importanti manifestazioni psicopatologiche. Ogni volta mi domando se sia lecito prosciugare una sorgente d'espressività qualunque essa sia. E se sia moralmente valido, al di là di ogni opportunità di controllo sociale e di riordino individuale, togliere ad una persona ciò che la mette, sì, "fuori di sé", ma anche "al di sopra di sé", al di sopra della sua ovvietà, della sua banalità, della sua sostanziale miseria.

Mi domando che cosa voglia dire aver tolto i malati dalla costrizione del manicomio, dove si sostiene che venivano rinchiusi per non sentirli e non ascoltarli, se si cerca ad ogni costo di eliminare sul nascere le loro parole e quindi si trova un altro modo per non sentirli e non ascoltarli.

Manicomio o no, psicofarmaci a oltranza o no: la risposta a questi dilemmi potrebbe trovarsi, ritengo, nello scoprire un buon motivo per ascoltare il malato. Implicitamente, Morselli suggerisce che il buon motivo consista nella convinzione che il malato abbia qualcosa da dire e quindi appartenga al nostro mondo. Morselli non è più solo, beninteso, e non lo era nemmeno, lo dice lui stesso, quando scriveva questo lavoro. Ma il suo pensiero di psichiatra rimane tuttora esemplare, sotto questo punto di vista, perché egli ha maturato la sua convinzione confrontando per tutta la vita l'attività psicopatologica con altre attività mentali (che possono darsi *anche* al di fuori della malattia) e precisamente quelle che si hanno sotto l'effetto delle droghe e nell'ispirazione poetica.

Senonché dopo Morselli sono successe molte cose, motivo per cui ci si deve chiedere se sia ancora possibile ricollegarsi al suo pensiero, ed a quello di tanti altri, per convincersi che si debba fare ogni sforzo per ascoltare il malato. Quale via si può percorrere per sentire la sua empatia verso il malato, per considerarlo, come egli faceva, "*mon semblable, mon frère*" (e cito a bella posta un poeta, Baudelaire, amato da lui)?

Lasciando la collocazione storica di capostipite all'autoesperienza mescalina di Morselli, è ancora molto vicino il tempo in cui la cultura antipsichiatrica s'intratteneva volentieri con la cultura della droga. Quest'ultima però è stata travolta dalla volgarità senza fine del consumo di massa e sembra che non possa essere recuperata in alcun modo.

Quanto all'intreccio delirio-poesia, esso è stato appassionatamente esplorato da Jaspers, da Binswanger e da altri, tra cui, da noi, Borgna. Tuttavia queste esplorazioni producono messaggi, appartenenti per lo più alla psichiatria d'ispirazione fenomenologica, che sono molto suggestivi

soltanto per chi è già orientato verso una percezione curvata in forma letteraria (si veda, ad esempio la recente riproposta di Bachelard fatta da Civita) di modo che sono votati in partenza ad una accettazione circoscritta.

Anche la cosiddetta arte psicopatologica suscita assai meno interesse di trent'anni fa, quando raccoglieva intorno a sé congressi a ripetizione, dove, tra l'altro, sembrava doveroso invitare Morselli (Calvi, 1991). Ed egli ci veniva, ma ne restava sostanzialmente a margine, eludendo l'implicita aspettativa generale che si proponesse come maestro.

Se rivedo oggi la sua elegantissima figura ed il suo sorriso, scopro l'ironia che accompagnava la sua partecipazione fisica ancor prima che i suoi scarsi interventi verbali. Egli sembrava alludere, me lo dico oggi, a qualcosa che si trova a monte di qualsiasi analisi di qualsiasi oggetto di tipo artistico, che si possa o meno presentare in un congresso. Così come del resto egli alludeva, in alcuni suoi interventi e nelle conversazioni private, a qualcosa che si trova a monte delle immagini colte da lui stesso nell'esperienza mescalinica. Egli sembrava suggerire di non soffermarsi troppo sulla consistenza di questi oggetti e di queste immagini e di metterne tra parentesi le forme.

Può darsi che si possa trovare qui il motivo del successivo calo d'interesse per l'arte psicopatologica. Troppi psichiatri hanno creduto che dipingere e scrivere poesie fosse come sottoporsi spontaneamente (non sempre) ad un test proiettivo ed hanno preteso di "leggere" le opere dei loro malati come se fossero protocolli del Rorschach o simili. Una volta constatata l'impossibilità di decodificare dei protocolli – che non erano tali – mediante una "lettura" meramente ottica, capace di fornire risultati in chiave binaria e quindi disgiuntiva, essi si sono stancati di raccogliere e scrutare questi reperti, per i quali si richiede invece una "lettura" non ottica, ma visionaria, intuente, e quindi congiuntiva.

Io credo infatti che noi possiamo individuare il qualcosa alluso da Morselli in rapporto a quella facoltà, che la fenomenologia husserliana, o d'ispirazione husserliana, chiama visione o intuizione eidetica. Cioè nella nostra attitudine a cogliere le cose in conformità non soltanto ai nostri sensi ma anche ai nostri affetti e desideri e intenzioni. Che è poi la nostra facoltà di afferrare il senso al di là della forma e di avere un rapporto anche partecipativo e non soltanto funzionale con la realtà. L'ispirazione artistica e la droga, che ho scelto come premesse al mio argomentare, esaltano appunto la visionarietà. La prima, perché sospende le necessità, i ritmi, le abitudini della vita quotidiana; la seconda, perché sospende la presenza vigilante in mezzo alle cose. Del resto, basta mettere tra parentesi ogni esperienza sensoriale, come avviene spontaneamente nel sonno, perché la nostra visionarietà ci occupi interamente. Non che visioni e sogni siano la stessa cosa, ma per dire la loro differenza ci vorrebbe una lunga digressione, che in questa sede non è opportuna. Le visioni sono quelle illuminazioni improvvise (chiamate intuizioni nel linguaggio comune), che ci si offrono nella veglia più o meno spesso e più o meno a lungo e che ci mostrano le cose con l'alone di un significato diverso da quello ricorrente nell'uso quotidiano, mettendo in evidenza che il senso è plurimo ed è quindi al di là della forma e non agganciato univocamente ad essa.

Nessuno si meraviglia che le nostre scelte, di cose e di persone, siano determinate assai più da intuizioni che da valutazioni oggettive. È quello che avviene tipicamente quando si compra un regalo e quando ci si innamora. In queste circostanze non è difficile avvertire un vissuto di stordimento e di esaltazione, che giustifica, da un lato, la sensazione di avere un'esperienza di tipo poetico (definita solitamente "romantica") e, dall'altro, l'affermazione di Benjamin: «L'uomo è la più forte droga di se stesso».

Mentre della droga non ho fatto esperienza personale, ho fatto spesso l'esperienza estetica, quale si può avere contemplando l'opera d'arte, e posso ben dire in prima persona che essa permette di scoprire la propria visionarietà. Le bottiglie di Morandi ci fanno capire che esiste un registro diverso da quello quotidiano per vedere una bottiglia. Esse ci sollecitano a risalire a quel registro, che ci offre non la vista di una cosa bensì la visione d'una essenza. Visione di cui ognuno ritrova, per così dire, la conferma in una certa figura, più o meno difforme dall'"oggettività".

Gli studenti di medicina vengono avvezzi fin dal primo anno ad usare il microscopio, a decifrare le formule chimiche e ad utilizzare i modelli matematici, imparando così a praticare una

iperrealtà che trascende quella immediatamente sensoriale. Si dovrebbe considerare altrettanto necessario avvezzarli all'uso della visione eidetica, che dischiude anch'essa un'iperrealtà, trascendente a sua volta quella psicologica. Sarebbe allora più facile per loro pensare che la comprensione del malato è sollecitata non tanto dalla nostra capacità di immedesimarci in lui o d'interpretarlo, quanto dalla consapevolezza di essere tutti potenzialmente immersi nella medesima sfera della visionarietà (Calvi, 1993).

Se si entrasse in questo ordine d'idee, verrebbe meno l'accanimento terapeutico nell'annullare la produzione visionaria dei malati. Lo psicofarmaco verrebbe ridimensionato al contenimento delle manifestazioni motorie. Il momento principale dell'incontro col malato sarebbe veramente l'ascolto.

Chi pratica l'interpretazione coglie i significanti come se la loro funzione primaria fosse quella di offrire dei significati. Qui si vuole suggerire invece di cogliere i significanti per il fatto puro e semplice che essi appartengono alla sfera della significazione. Il malato si sente compreso quando avverte che noi non lo releghiamo nell'insignificanza. Noi possiamo far questo se impariamo a lasciare spazio alla nostra stessa visionarietà, facendoci così disponibili alla significazione plurima.

INTERVENTO DI CIVITA

Nella relazione di Calvi mi ha molto colpito questa frase: «Ogni volta mi domando (...) se sia moralmente valido togliere ad una persona ciò che la mette, sì, fuori di sé, ma anche al di sopra di sé, al di sopra della sua ovvietà, della sua banalità, della sua sostanziale miseria». Sono stato colpito da queste parole, perché credo che uno dei motivi profondi che mi hanno spinto a interessarmi dell'universo psicopatologico sia proprio questo: vedere la follia come qualcosa che, a volte, abbrutisce, ma che, in pari tempo, svincola dal buon senso e dal senso comune, dall'ovvietà delle norme e delle abitudini, dalla stessa gravosa pervasività delle strutture mondane. L'invito che Calvi rivolge a osservare e ascoltare il paziente in questo modo, mettendo almeno per un attimo tra parentesi l'ansia medica di neutralizzare le manifestazioni psicotiche, mi sembra veramente importante. Su un piano generale, l'invito a compiere questa sorta di epochè fenomenologica ha anche, a mio parere, il significato di porre il terapeuta di fronte ai pregiudizi più o meno inconsci, che egli porta, come tutti, dentro di sé: disprezzo sociale, morale o intellettuale verso il folle, nonché il timor panico di lui. Il carattere formativo e anche di arricchimento personale di questa esperienza mi sembra indiscutibile.

La tesi fondamentale di Calvi riguarda l'esigenza di inserire nel rapporto col paziente psichiatrico una fase di puro ascolto e di pura osservazione fenomenologica. Prima di attuare una qualsiasi terapia destinata necessariamente a incidere sulla qualità e sulla stessa esistenza dei sintomi, occorre darsi tempo e concedersi un periodo preliminare di studio rivolto alla comprensione delle produzioni psicotiche del paziente così come esse si mostrano, senza voler subito interpretare il sintomo o sopprimerlo per via farmacologica.

Solo la comprensione e l'attenzione verso questo livello, spesso ricchissimo, della malattia psichica, metteranno il malato nella condizione di sentirsi veramente compreso e non "relegato nell'insignificanza". In rapporto alla formazione dei giovani terapeuti, Calvi sottolinea il carattere altamente formativo, sia sul piano professionale sia sul piano umano, di questa esperienza di ascolto preliminare. Su tutto ciò sono completamente d'accordo, e peraltro ritengo che il tema sollevato da Calvi tocchi il nucleo più autentico del problema dell'accanimento terapeutico in psichiatria. L'attuazione di qualsiasi terapia – sia fisica che psicologica – deve essere razionalmente fondata e deve essere finalizzata a beneficiare e quindi a migliorare la qualità della vita del paziente. Se queste condizioni non sussistono, può configurarsi un accanimento terapeutico la cui forma più tipica e desolante è rappresentata dalla somministrazione di una terapia con lo scopo occulto o palese di risolvere non i problemi del paziente, ma quelli del terapeuta o dell'istituzione di cui fa parte. L'invito di Calvi ad ascoltare il paziente e anche a dividerne in qualche modo l'esperienza

ha precisamente il significato di precludere in partenza una degenerazione terapeutica di questo tipo.

I miei unici dubbi riguardano il modo di intendere questo ascolto e il suo rapporto con il processo terapeutico. Sono dubbi teorici e forse filosofici, ma hanno, a mio avviso, alcune importanti implicazioni pratiche.

In sostanza la mia domanda è: l'ascolto fenomenologico è già esso stesso un atto terapeutico o non lo è ancora?

Pur non essendo esperto in materia, direi che nella letteratura fenomenologico-psichiatrica esistono, spesso non ben distinti l'uno dall'altro, due modi diversi di intendere l'ascolto e l'osservazione fenomenologica. In base al primo modo, ascolto e osservazione sono intesi come un coglimento assoluto, aprospettico e afinalistico delle strutture fenomenologiche dell'oggetto, vale a dire del mondo psicopatologico del paziente. Con *assoluto* intendo l'idea che le strutture dell'oggetto (per es. una costruzione delirante) possano essere colte e descritte così come sono in se stesse, realizzando in tal modo una conoscenza assoluta della cosa, una conoscenza assolutamente vera. Con *aprospettico* intendo l'idea che l'ascolto e l'osservazione fenomenologica non siano vincolate a una qualche prospettiva particolare sull'oggetto, ma realizzino una visione libera dai contorni e dai limiti di qualsivoglia prospettiva. In concreto questo significherebbe che l'osservatore-terapeuta ha attuato un azzeramento completo di ogni presupposto e di ogni precomprensione teorica o clinica nei confronti del caso che ha di fronte, per cui può osservarlo in modo veramente puro e libero da pregiudizi. Con *afinalistico* intendo l'idea che l'ascolto fenomenologico non è ancora un atto terapeutico, finalizzato a una decisione, ma è qualcosa di più contemplativo e disinteressato.

Se l'ascolto fenomenologico dovesse essere inteso nel modo che ho descritto (ma dubito che sia questa l'opinione di Calvi), non mi troverebbe d'accordo per molte ragioni. In primo luogo sono molto scettico rispetto alla possibilità di fare realmente *tabula rasa* dentro di sé, purificandosi da ogni pregiudizio. Questa ipotesi anzi mi insospettisce, perché mi fa sorgere il dubbio che a un'apparente mancanza di presupposti e di pregiudizi possa corrispondere in realtà un'azione preriflessiva e forse inconscia di paradigmi interiorizzati, che nascostamente organizzano e danno un significato all'oggetto. Io non credo che nel mondo umano sia possibile realizzare una conoscenza veramente pura e assoluta. Credo al contrario che in questo campo le conoscenze siano sempre relative e rivedibili e sorgano da un'opera di strutturazione dei dati empirici al cui interno la prospettiva e i presupposti dell'osservatore svolgono un ruolo importante, un ruolo di cui è meglio essere consapevoli piuttosto che inconsapevoli.

In secondo luogo sono scettico anche rispetto alla possibilità e all'opportunità di un ascolto afinalistico e contemplativo. Oltre a essere necessariamente prospettico e relativistico, l'ascolto, a mio parere, è anche sempre necessariamente inserito in un processo intersoggettivo e interattivo al cui interno sia il paziente che il terapeuta sono interamente in gioco, con il loro pensiero, con i sentimenti, con la loro faccia. Tutto questo qualifica l'ascolto preliminare come un atto già inserito nel processo terapeutico, e sarebbe una pura finzione il negarlo. Del resto nel brano di Calvi a cui già prima ho fatto riferimento questo punto emerge in modo chiarissimo: «Qui si vuole invece suggerire di cogliere i significanti per il fatto puro e semplice che essi alludono alla sfera della significazione. Il malato si sente compreso quando avverte che noi non lo releghiamo nell'insignificanza. Noi possiamo fare questo se impariamo a lasciare spazio alla nostra stessa visionarietà, facendoci così disponibili alla significazione plurima». Al comprendere corrisponde un sentirsi compreso. E questo, ovviamente, è già un movimento all'interno del processo terapeutico.

Ma vi è un secondo modo, più relativistico, di intendere l'ascolto fenomenologico, e questo mi trova perfettamente d'accordo. Scrive Calvi: «la comprensione del malato è sollecitata non tanto dalla nostra capacità d'immedesimarci in lui o d'interpretarlo, quanto dalla consapevolezza di essere tutti potenzialmente immersi nella medesima sfera della visionarietà». Calvi si riferisce qui al fatto che noi cogliamo le cose «in conformità non soltanto ai nostri sensi, ma anche ai nostri affetti e desideri e intenzioni». Credo che il pensiero di Calvi debba essere inteso nel senso che, per

raggiungere un'effettiva comprensione del malato, le sue visioni devono in certo modo stimolare le potenzialità visionarie del terapeuta stesso. Occorre essere disposti, per così dire, a delirare e ad allucinare con il paziente, a vedere e a vivere il mondo come lo vive lui.

Come già dicevo, io non credo che l'ascolto fenomenologico possa portare a una conoscenza assoluta, eidetica, della psicopatologia del paziente. Tuttavia ritengo che il processo di comprensione dell'altro, lungi dall'aver un carattere puramente cognitivo, si realizzi concretamente attraverso le risonanze affettive e ideative che il discorso e le visioni del malato suscitano in noi. Comprendiamo l'altro attraverso noi stessi, ma non sulla base di uno sguardo puro e incontaminato da pregiudizi, e neanche sulla base di un comune universo di essenze immutabili; lo comprendiamo sulla base delle esperienze, delle conoscenze, dei presupposti e anche dei pregiudizi da cui siamo formati. D'altra parte, così come le parole del malato risuonano nel mondo interno del terapeuta, allo stesso modo il malato non parla nel vuoto verso un interlocutore indistinto, ma organizza il suo discorso e la sua intera espressività in funzione della persona in carne e ossa che gli sta di fronte per ascoltarlo. La persona del terapeuta può stimolarlo a mostrarsi interamente e sinceramente, oppure può indurlo a dissimulare, a nascondersi, può spingerlo ad apparire più pazzo di quello che è oppure più sano. In breve, l'ascolto (vale a dire: l'ascoltare da una parte, e l'essere ascoltato dall'altra) è un'interazione non neutra, ma già ben caratterizzata bilateralmente nelle motivazioni e nell'affettività che vengono messe in gioco.

Questo mi porta al punto per me più importante. L'ascolto è già un atto terapeutico, sia nel senso che il terapeuta fa in concreto terapia per il semplice fatto di ascoltare, sia nel senso che l'ascolto fenomenologico è necessariamente finalizzato a una decisione terapeutica. Con questo voglio dire che le risonanze generate nella mente del terapeuta dal discorso del malato non possono non attivare un processo mentale volto a una comprensione clinica del caso e a un'ipotesi terapeutica. La comunicazione visionaria tra terapeuta e paziente non è un atto di conoscenza clinica e tuttavia genera una conoscenza clinica. Per es., dal punto di vista della diagnosi, l'ascolto fenomenologico può mettere il terapeuta nelle condizioni di poter usare i criteri diagnostici tradizionali non in modo meccanicistico, ma in modo vivo, con una ben più profonda consapevolezza di quella ricavabile dai normali colloqui di routine. La stessa cosa si può dire per la scelta e il dosaggio dei farmaci; il terapeuta per es. sarà più propenso a riflettere sul fatto che l'eliminazione chimica di un sintomo non comporta necessariamente un beneficio e deve essere quindi valutata in rapporto all'intera situazione vitale e clinica del paziente: la situazione attuale e quella prevedibile dopo l'assunzione dei farmaci.

In conclusione: l'ascolto fenomenologico mi sembra di eccezionale importanza, ma interpreterei questo concetto in una chiave più empirica, più pragmatica e più relativistica rispetto a come esso viene presentato nei classici della psichiatria fenomenologica. In questo senso vorrei spezzare una lancia in favore della psicoanalisi. Un corretto atteggiamento psicoanalitico è, a mio parere, compatibile con l'attitudine all'ascolto fenomenologico auspicato da Calvi. I termini certo sono diversi, e l'enfasi cade su altre cose. Ma anche la psicoanalisi fa dipendere la decisione di fornire un'interpretazione oppure di limitarsi a erogare un sostegno dall'ascolto e dalle risonanze interiori che ne scaturiscono. La condivisione della stessa sfera di visionarietà, di cui parla Calvi, assume in psicoanalisi la forma di una comunicazione tra l'inconscio del malato e l'inconscio del terapeuta. La forma e le parole sono diverse, ma la sostanza mi sembra la stessa. Anche la psicoanalisi, inoltre, presta la massima attenzione al livello dei "significanti". Anzi, nella storia della psichiatria, è stata proprio la psicoanalisi freudiana ad avere valorizzato per la prima volta il contenuto intrinseco e il significato progettuale dei sintomi psichici. Il passaggio psicoanalitico dal significante al significato, dal manifesto all'inconscio, è sempre o almeno dovrebbe essere sempre un processo con cui viene riconosciuto il valore vitale del sintomo e il suo carattere di produzione, una produzione spesso sorprendentemente creativa.

--REPLICA--

Con rigore filosofico Civita osserva che «nella letteratura fenomenologico-psichiatrica esistono, spesso non ben distinti l'un dall'altro, due modi diversi d'intendere l'ascolto e l'osservazione fenomenologica». Condivido questa osservazione e suggerisco la possibilità d'applicarla anche alla mia relazione. Sebbene Civita dubiti «che sia questa l'opinione di Calvi», io invece ritengo proprio che l'ascolto fenomenologico sia assoluto, a prospettico e a finalistico. Anzi, sono grato a Civita di aver qualificato in modo così incisivo quell'atteggiamento, che io definisco visionario. Ritorrerò più avanti su questo punto, limitandomi per ora ad osservare che l'atteggiamento visionario è appunto uno dei «due modi diversi d'intendere l'ascolto e l'osservazione fenomenologica». Voglio dire subito però che io non sento il bisogno di distinguere l'ascolto dall'osservazione, perché li colloco entrambi al di là della sfera sensoriale alla quale essi appartengono, cioè, rispettivamente, l'udito e la vista. Li colloco bensì nella sfera sovrasensoriale della visione eidetica.

D'altra parte, io mi riconosco anche nel secondo dei «due modi diversi d'intendere ecc. ecc.» là dove affermo – e Civita opportunamente lo sottolinea – che noi «cogliamo le cose in conformità non soltanto ai nostri sensi, ma anche ai nostri affetti e desideri e intenzioni».

Ho già detto di concordare pienamente con l'osservazione che nella psichiatria fenomenologica s'incontrano questi due atteggiamenti. Per semplicità d'esposizione, sarei tentato di indicare il primo come “puro” ed il secondo come “impuro”. Impostando la questione in questo modo, sarebbe senz'altro vincente la posizione di Civita, che si dice «molto scettico rispetto alla possibilità di fare realmente *tabula rasa* dentro di sé, svuotandosi di ogni pregiudizio» onde accedere ad una «conoscenza veramente pura ed assoluta». Sarebbe ben difficile contestare il suo scetticismo «che nel mondo umano sia possibile realizzare» una tale conoscenza.

Questo è il punto! Proviamo a dire “mondo della psicologia” anziché “mondo umano”. Sarebbe più giusto, se è vero, come è vero, che Civita riassume con l'espressione “mondo umano” l'insieme “dei nostri sensi, affetti, desideri e intenzioni” (riprendo nuovamente le mie parole, virgolettate da lui). Così facendo si può certamente discutere se sia possibile o meno raggiungere una “conoscenza pura” e concludere verosimilmente per l'impossibilità di toccare questa meta. Ma ciò che importa non sta né nella discussione né nella conclusione, bensì nell'aver ridotto la questione al piano psicologico, trascurando di fatto la fenomenologia (salvo tutt'al più quella jaspersiana). La fenomenologia husserliana, come Civita ben sa, è fenomenologia trascendentale. Essa sviluppa un approccio al mondo umano, che non si lascia ricondurre completamente dentro gli schemi predisposti dalle scienze psicologiche, ma che accetta di affrontare anche le intuizioni e le rappresentazioni immaginarie, cioè, per dirla con una sola parola, le visioni.

Se le osservazioni di Civita mi spingono, da un lato, ad inferire che il “mondo umano” comprenda non soltanto il piano psicologico, ma anche quello visionario, dall'altro esse mi obbligano a chiarire che cosa voglio dire con la parola “intenzioni”. Usando questa parola, volevo far riferimento, in modo magari fin troppo sbrigativo, ma seguendo comunque l'uso quotidiano, sia all'*intenzionalità dell'atto* di Brentano sia all'*intenzionalità fungente* di Husserl. La prima presuppone la coscienza tetica degli oggetti, così detta perché pone da sé la tesi d'idoneità degli oggetti (reali o irreali che siano) a divenire contenuti della coscienza. Ciò che fa da tramite fra gli oggetti e la coscienza è il loro significato e ciò che permette alla coscienza di formulare intenzioni (nel senso di Brentano) è la *presunzione* di poter disporre di oggetti dotati d'un significato vuoi attuale che potenziale, comunque *precostituito*. Secondo Husserl, la funzione primaria della coscienza si svolge a monte di questa presunzione e si sviluppa in un “movimento” ed un’“apertura” della coscienza stessa, che disegna nel mondo il luogo e vi definisce la temperie affettiva dentro cui scaturisce il significato.

Noi ci muoviamo bensì nel mondo, compiendo i nostri atti intenzionali (nel senso di Brentano) con l'utilizzare gli oggetti secondo il loro significato precostituito. Del lavoro, che la coscienza tetica fa su di essi, la psicologia ci dice i meccanismi. Ma se vogliamo riflettere sugli oggetti per sapere in che modo su ciascuno di essi si coaguli un certo significato o più significati, dobbiamo

seguire la coscienza nella sua intenzionalità fungente (nel senso di Husserl), cogliendola sul punto in cui va “fuori di sé” verso il mondo.

Quando il medico incontra il malato di mente, la situazione è *predeterminata* da tutta una serie di significati precostituiti, che orientano il comportamento di entrambi, quindi anche quello diagnostico e terapeutico del medico. Capita a volte che irrompa nella coscienza del medico (anche in quella del malato, naturalmente, ma questo è un altro discorso) un’improvvisa, impreveduta intuizione, che, per il suo carattere d’immagine illuminata di colpo, chiamiamo visione. La comparsa della visione testimonia appunto che la coscienza si trova in stato di vigile intenzionalità, nel pieno d’un lavoro di movimento e di apertura. Se riflettiamo su questa esperienza, ci rendiamo conto che essa è accaduta in un *altro* contesto rispetto a quello che è l’incontro fisico col malato. Tale contesto nuovo si delinea con la sospensione di tutta una serie di *pregiudiziali*: di persona (in quel momento il medico non è un medico, ma un uomo di fronte ad un uomo); di tempo (la visione è fugace, se la si vuole misurare con l’orologio, e può anche essere non contemporanea all’incontro fisico, se la si vuole collocare nel calendario: comunque ha un suo tempo, che non interferisce con quello reale); di spazio (la visione non è condizionata dal luogo dell’incontro, ma può accadere che si collochi altrove).

La sospensione delle pregiudiziali e la comparsa della visione hanno un rapporto molto fluttuante con la volontà. Chiunque le può esperire senza volerlo e nessuno le può esperire solo volendo. Ma non c’è dubbio che sia possibile facilitarle, in primo luogo entrando nell’ordine d’idee, che vi si riferisce, in secondo luogo attingendo assiduamente alle fonti, che ne sono più abbondanti, cioè le opere d’arte. Ciò facendo si attiva l’intenzionalità della coscienza, nella sua funzione primaria di scoprire i significati, dei quali le visioni sono l’annuncio. Si potrebbe dire che le visioni inducono a riflettere sull’intenzionalità della coscienza così come i sogni inducono a riflettere sull’inconscio.

Poiché quell’incontro col malato, che si indica spesso come *incontro esistenziale*, avviene “al di là” della situazione clinica, quest’ultimo non subisce turbative ed il procedere pratico del medico non è né rallentato né modificato: tutt’al più, come vedremo più avanti, “temperato”. “Al di là” del suo lavoro tradizionale, il medico può godere anche di un ascolto fenomenologico (che ora si può chiarire meglio come: attenzione alle visioni), che è, riprendendo dal principio questa replica a Civita: *assoluto*, in quanto si confronta soltanto con l’ideale del benessere inteso come totalità dell’esistere; *aprospettico*, perché non si piega ad un qualsiasi punto di vista (né quello del medico, né quello del malato) e *afinalistico*, perché non è condizionato da scopi relativi, vuoi terapeutici che scientifici, vuoi di protezione che di controllo.

Definito dunque come visionario uno dei “due modi diversi d’intendere l’ascolto fenomenologico” e chiarito che l’altro di questi due modi («in conformità (...) alle nostre intenzioni») deve essere inteso distinguendo l’intenzionalità dell’atto e l’intenzionalità fungente, ne consegue che l’ascolto visionario è tutt’uno con l’esercizio dell’intenzionalità fungente. Io stesso ho qualificato come “impuro”, l’ascolto “in conformità delle intenzioni” e tale qualifica gli si addice pienamente se si tratta dell’intenzionalità attuale. Non solo: non c’è motivo per considerare “fenomenologico” questo tipo di ascolto (cioè quello che si pratica a livello clinico), di modo che io ritengo di poter chiedere a Civita se la sua osservazione sui “due modi diversi d’intendere l’ascolto fenomenologico” non debba modificarsi così: due modi diversi d’intendere l’ascolto, l’uno clinico e l’altro fenomenologico. È vero che “nella letteratura fenomenologico-psichiatrica” s’incontrano entrambi e spesso vi si confondono, ma questo succede almeno per due motivi. Primo: il desiderio di sostanziare continuamente l’osservazione fenomenologica col materiale clinico, magari senza indicare chiaramente, in mezzo agli altri, gli elementi fenomenologici veri e propri (cioè visionari). Secondo: la difficoltà di tenersi sul piano dell’intenzionalità husserliana, in un “distacco” dalla contingenza (clinica, nel nostro caso), che richiede uno sforzo di assidua vigilanza, tale per cui la coscienza “si stanca” (come dice Enzo Paci).

Poiché non pretendo di rispondere con questa replica a tutti gli interrogativi di Civita, mi limiterò, per concludere, a fare qualche riflessione sul problema della “purezza”. In che senso è possibile affermare che la conoscenza visionaria sia pura? Credo di aver chiarito che il secondo

modo, più relativistico, d'intendere l'ascolto fenomenologico, si debba considerare, in effetti, non fenomenologico. Su quello che ne dice Civita, e soprattutto sul fatto che la «comprensione si realizza concretamente attraverso le risonanze affettive e ideative, che il discorso e le visioni del malato suscitano in noi», sono perfettamente d'accordo. Sono d'accordo anche che l'ascolto, così inteso, sia già «un atto terapeutico». In quanto appartiene al relativismo (alcuni fenomenologi direbbero: alla «mondanità») della pratica, l'ascolto clinico è necessariamente impuro.

Interrogarsi sulla purezza dell'ascolto fenomenologico vero e proprio è una sola cosa con l'interrogarsi sulla absolutezza delle visioni e sul legame che intercorre tra esse e le intenzioni cioè tra l'intenzionalità di Husserl e quella di Brentano. Cercherò di esprimermi brevemente, e sia pure in forma più apodittica che argomentativa, su questi problemi, attingendo più alla mia esperienza eidetica e clinica che alla mia frequentazione della letteratura fenomenologica. Come ho già detto più su, l'ascolto fenomenologico è assoluto, perché «si confronta soltanto con l'ideale del benessere inteso come totalità dell'esistere». Con queste parole voglio dire che il medico ha in mente un ideale di salute, che va oltre la «normalità» statistica, supera ogni *preconcetto* di efficienza e di adeguatezza (lavorativa, familiare, sociale, ecc. ecc.) e si colloca appunto sul versante dell'esistere e non del fare. Può darsi, anzi è certo, che il medico si sottragga di solito a questa immagine ideale, perché è condizionato dalla sua cultura biologica e psicologica nonché dalle convenzioni sociali, che lo «richiamano all'ordine» del relativismo.

Ma se egli riflette che l'empirìa, proprio in quanto relativistica, non può pretendere ad un dominio assoluto, allora può lasciare spazio all'ideale. Questo trascende innanzitutto il relativismo psichico e fisico della sua persona e poi, di volta in volta, il relativismo della persona del malato. Le visioni del malato e quelle che il medico ha in rapporto con lui si collocano nella luce di questo ideale e si commisurano non tanto tra loro quanto con esso. Mentre la psicoanalisi, opportunamente richiamata da Civita, legge le figure immaginarie come un linguaggio e quindi le colloca dentro i binari dell'interpretazione (almeno secondo il freudismo classico), la fenomenologia (e, comunque, l'atteggiamento di chi segue spontaneamente un ideale) le accoglie come forme dell'esistere. Invece di considerarle espressioni linguistiche, le considera schegge dell'espressività, intesa come dimensione esistenziale primaria, cioè come quello spazio, la cui frontiera è mobile, che si disegna al di là dell'ultimo limite toccato dal linguaggio. Sono d'accordo con Civita che «a un'apparente mancanza di presupposti e di pregiudizi possa corrispondere in realtà un'azione preriflessiva e forse inconscia di paradigmi interiorizzati, che nascostamente organizzano e danno un significato all'oggetto», svolgendo «un ruolo importante, un ruolo di cui è meglio essere consapevoli piuttosto che inconsapevoli». Sono d'accordo che le visioni del medico e del malato non possono non essere considerate proiezioni, né sottratte al lavoro interpretativo della psicoanalisi. Ma, a monte di questo lavoro, che giustamente le investe in quanto sono coazioni espressive, esse si affiancano tra loro, sul piano linguistico, come parafrasi e, sul piano esistenziale, come manifestazioni gratuite dell'espressività. Nello spazio di questa fiorisce la rosa delle possibilità, di modo che, se ci si dispone ad accogliere questa fioritura, si può capire che l'«ideale di salute» (così come ogni ideale di bellezza e di fitness) non sia una figura tematizzata più o meno convenzionale, ma sia l'aspirazione pretematica ad ogni possibile star meglio, a cui nessuno saprebbe né vorrebbe porre un limite. È a questo spazio che mi riferisco quando dico che bisogna imparare «a lasciare spazio alla nostra stessa visionarietà» e a quella del malato.

Imparare questo significa passare dal reale all'irreale, dal fattuale all'immaginario, dall'intenzione attuale alla intenzionalità fungente, operando un «esercizio fenomenologico» di disattivazione del necessario e di attivazione del possibile di cui si dovrebbe cogliere il movimento confrontando, a titolo di esempio, le mie pagine precedenti l'intervento di Civita con queste che lo seguono.

Una volta recuperato lo spazio della visionarietà e riconosciuto che esso è fatto per la totalità e la libertà (ancorché immaginarie) dell'esistere, la nostra *attenzione* al malato può farsi veramente piena ed è infatti a questo punto che egli manifesta di avere colto la nostra *comprensione* (che sarebbe l'aspetto «terapeutico» dell'ascolto fenomenologico)

L'intervento terapeutico propriamente clinico sarà indirizzato a contenere gli effetti di determinazioni biologiche e psicologiche travolgenti, non tanto per fare il vuoto quanto per facilitare il recupero del libero possesso dell'espressività e della pienezza esistenziali delle quali la malattia ha fatto intravedere sprazzi più o meno ampi. L'esperienza insegna tuttavia che il malato (cl clinicamente "guarito"!) altro non può fare se non rinunciare a tutto questo, naufragando sulla spiaggia "della sua ovvietà, della sua banalità, della sua sostanziale miseria". A tanto poco si riduce in fondo il ripristino d'una qualche fattualità "mondana", motivo per cui allo psichiatra non resta che registrare lo scacco del suo progetto liberatorio. Nessun nichilismo però, bensì disincanto verso ogni trionfalismo terapeutico. In questo spirito, l'opera del medico sarà somministrata con riserva mentale, non come un toccasana, ma come un sollievo. Ciò basta, secondo me, per evitare ogni accanimento.

INTERVENTO DI GIANNELLI

1) Il contributo di Calvi è stimolante e ripropone tematiche di indubbio interesse, storico e attuale. *Storico*, perché esso fa riferimento ad un importante lavoro di E. Morselli (1948), psichiatra colto, umano e sensibile, con il quale anch'io ho avuto la fortuna di collaborare, specie in occasione del XXX Congresso Nazionale di Psichiatria, a Milano, nel 1968, sugli esordi acuti della schizofrenia. Anche Jaspers, comunque, si era posto lo stesso problema di Morselli, nello stesso periodo, redigendo le biografie di Strindberg e di van Gogh. *Attuale*, perché il quesito circa l'esistenza di una creatività scaturente dall'esperienza psicotica si ripropone continuamente, e impegna, anche sul piano etico, lo psichiatra, che deve ideare e attuare un intervento, dalla cui impostazione iniziale può dipendere addirittura il destino di una persona, l'ammalato per l'appunto. Non si può che concordare con Calvi quando afferma che un buon motivo per ascoltare il malato sta nel fatto che egli (sempre) ha qualcosa da dirci. A questo proposito ricordo che Jaspers sosteneva che un ammalato è sempre più di quanto non ci appaia.

L'ascolto, certamente, è il momento principale dell'incontro. Bisogna ascoltarlo più che osservarlo, attivare le nostre attitudini "orali", oggi soppiantate da quelle "visive". Calvi vede nella visionarietà la facoltà (husserliamente intesa) tramite la quale attuare la comprensione del paziente e collocarlo nella sfera della significazione. A questo proposito ricordo che G. Bachelard ha dedicato, a partire dalla fine degli anni trenta, lavori fondamentali sul mondo dell'immaginazione e della fantasia, influenzando senza dubbio il pensiero di L. Binswanger, come annota puntualmente A. Civita, e permettendogli di ricavare i simbolismi immaginativi e le tecniche di interpretazione con cui codificare le parole dei pazienti. Qui si incontrano il mondo della poesia e quello del delirio. Se Civita sostiene che l'obiettivo profondo dell'ultima filosofia di Bachelard è quello di mettere il lettore nella posizione del poeta, di fargli sperimentare lo stesso lavoro dell'immaginazione che il poeta ha compiuto nel processo della creazione, noi possiamo pensare o, meglio, immaginare, che l'obiettivo dell'ascolto sia quello di mettere il terapeuta al posto del paziente e di fargli sperimentare lo stesso lavoro o, meglio travaglio che egli ha compiuto nella sua "creazione". Dare a ogni lettore di poesia una coscienza di poeta, dice Bachelard, dare a ogni terapeuta la coscienza di paziente, aggiungo io.

Recuperare nel fondo della nostra soggettività e della nostra esistenza le radici di un mondo comune alla normalità e alla follia, come facciamo periodicamente nel sogno, è qualche cosa al di là e al di fuori dell'empatia e del rapporto transferale.

2) Ma, andando oltre il discorso di Calvi, la creatività non è attributo esclusivo della schizofrenia, e ce ne dà ampia testimonianza il mondo della malinconia. A parte il fascino che essa ha esercitato su artisti figurativi (Michelangelo, Dürer, etc.), va ricordato che molti hanno avvertito di pagare per la loro creatività il prezzo della noia e della malinconia o hanno sperimentato la propria capacità creativa soltanto attraverso di esse o potenziato tale capacità in funzione di un'esperienza di perdita o di separazione, da Voltaire a Baudelaire, da Pascal a Joyce, a Proust.

Sembra quasi che il lavoro di lutto avviato al momento della perdita spinga l'individuo ad affermare la propria "indipendenza" e a contare soltanto sulle proprie risorse.

3) Non si può che essere d'accordo sulla originalità dell'attività psicopatologica e sulla creatività che ne può derivare, a livello di persona "geniale" o "normale" che essa sia. Il testo di Calvi e la discussione che ne è seguita vanno però oltre questa lettura a dir così estetica della vicenda psicotica e affrontano il tema dell'*atteggiamento astensionistico o meno* che lo psichiatra assume nei suoi confronti, almeno nella sua fase iniziale. Ci si chiede, infatti, se valga la pena di azzerare con mezzi farmacologici la produttività psicotica, e conseguentemente i messaggi in essa contenuti, in cambio di un alleggerimento della sofferenza, a quella produttività inevitabilmente connessa. *A favore di una risposta affermativa stanno alcune considerazioni:*

- a) è dovere del medico far fronte tempestivamente e adeguatamente all'angoscia e alla sofferenza umana;
- b) non siamo certi che la produttività psicotica abbia sempre e comunque carattere di originale creatività, la quale peraltro, se presente, ri-emergerà in circostanze diverse (si può presumere che la creatività venga soltanto esaltata nella speciale condizione di coscienza nella quale si dispiega l'episodio psicopatologico);
- c) vi sono dei fattori situazionali che impongono inderogabilmente che l'intervento venga effettuato (fattori di disturbo del contesto nel caso della *bouffée* delirante-allucinatoria, di rischio per il paziente in quello della fase melanconica). Certamente, l'intervento non deve essere né precipitoso né coercitivo (la coercizione, se inevitabile, deve durare il minor tempo possibile) e deve essere *sempre inserito nell'ambito di una relazione che in quel momento inizia a strutturarsi fra il paziente e il suo terapeuta*. È nel prosieguo di questa relazione che il linguaggio psicotico trasmetterà o riprenderà a trasmettere i suoi messaggi, purché vi sia la disponibilità all'ascolto da parte dell'interlocutore-terapeuta. D'altro canto, l'ammalato non ha qualche cosa da dirci soltanto attraverso i suoi deliri, le sue allucinazioni, le sue lamentele. L'ammalato ci parla anche attraverso l'immobilità catatonica o il ritiro autistico. Già la sua sola presenza accanto a noi ha un senso e un significato. Per di più, se da un lato con le sue disarticolazioni, allusioni ed enigmaticità ci trasmette dei messaggi, dall'altro il suo linguaggio è lo strumento cifrato di cui il paziente si serve per celare le proprie angosce e schermare le proprie esperienze deliranti. In questa seconda evenienza, un accorto intervento farmacologico può essere utile a disvelare questo mondo e a permettere di conoscerlo e rendercelo più prossimo.

A favore, invece, di un atteggiamento astensionistico, almeno nelle prime fasi dell'episodio, sta la considerazione che un intervento farmacologico immediato e massiccio elida la possibilità comunicazionale del malato, incenerendo la sua potenziale creatività. Questa possibilità esiste, ma forse soltanto sul piano teorico.

L'intervento, se va fatto (per le considerazioni di cui sopra), va fatto con oculatezza e moderazione, avendo come primo obiettivo quello di non nuocere, sotto altri profili, al paziente cui è diretto.

Ciò premesso, va anche detto che non sono certo sufficienti mezzo grammo di clorpromazina o qualche milligrammo di haloperidolo ad azzerare le capacità creative di una persona. L'esperienza clinica ce lo dimostra chiaramente e in questo ambito le terapie farmacologiche sono di gran lunga meno decostruenti di quanto demolitive non fossero quelle di shock (da cui l'*aggressologie thérapeutique* degli AA. francesi).

Scrittori e poeti contemporanei, che hanno subito per lunghi anni violenze psicologiche e farmacologiche e privazioni di ogni genere nei lager e negli ospedali psichiatrici, non hanno per questo (o solo per questo) perduto le loro capacità inventive e la loro forza intellettuale. Se l'intervento farmacologico è inserito nel contesto di uno spazio dove il paziente trovi accoglienza e comprensione, esso non può arrecare danno né cancellare di per sé l'umanità della persona risucchiata nel vortice della *bouffée*.

4) L'*accanimento terapeutico*, dunque, non può identificarsi in questa evenienza. Esso, a mio avviso, è ben altra cosa, e consiste nell'infierire acriticamente su una persona ammalata al solo fine

di piegare la sragione, la *déraison*, alla nostra ragione, usando, magari impietosamente, dosi massicce di farmaci che nemmeno ne alleviano l'angoscia. L'accanimento, in questo caso, equivale a quello che una comunità metterebbe in atto se, nei confronti di un forestiero che, non conoscendone né la lingua né i costumi si comportasse in modo strano, disorientato, pressoché incomprensibile, lo respingesse o internasse o maltrattasse, senza attuare alcuno sforzo per capirlo, aiutarlo, tentare di decifrarne il linguaggio.

Accanimento è anche iniziare una cura senza prima aver compreso o tentato di comprendere, senza delineare un progetto di cui sia soltanto un momento iniziale, magari provvisorio. Accanimento è, ancora, curare senza la prospettiva di recuperare, è ignorare l'umanità della persona sofferente reificandola nella prospettiva illusoria di una medicina tecnologicamente totipotente. L'accanimento terapeutico è sovente l'accanimento contro i malati o contro le persone non disposte a subire passivamente l'ideologia (e quindi il potere politico) dominante. Esso può celarsi dietro lo zelo terapeutico, nel quale difficilmente si distingue la finalità curativa da quella punitiva, o sconfinare insensibilmente nell'accanimento riabilitativo, che un tempo si traduceva nell'ergoterapia (più o meno obbligatoria) e oggi si maschera dietro l'efficientismo e l'iperattività di certe *équipes*, più interessate a soddisfare i propri bisogni che non a tutelare la *privacy* e la gradualità dei cambiamenti dei pazienti loro affidati.

In definitiva, l'accanimento terapeutico esiste, ma, a mio avviso, è qualche cosa di ben diverso dal curare farmacologicamente un ammalato in fase delirante florida, magari acuta, beninteso salvaguardando il principio fondamentale della relazione terapeutica e riconoscendo fin dall'inizio che l'umanità della persona non è affatto cancellata, rimanendo essa comunque una individualità, e non solo un individuo, una semplice unità numerica fra tante. Né si deve tacere il fatto che in certe situazioni, fortunatamente rare, dietro il pretesto dell'ascolto o dell'attesa sta la trascuratezza terapeutica o l'incompetenza o una sorta di nichilismo legato ad arbitrarie concezioni sociogenetiche o alla rassegnata convinzione della irreversibilità della malattia mentale. Esiste certo un'attività psicopatologica originale, ma non per questo l'ammalato cessa di essere tale, portatore di una sofferenza di fronte alla quale dobbiamo operare con buon senso, prudenza e perizia.

Se non fosse stato un grave schizofrenico, Holderlin forse non sarebbe stato un grande poeta. Dobbiamo chiederci come di fronte a lui si sarebbe comportato lo psichiatra che, nei primi anni del secolo scorso, fosse stato in possesso degli attuali mezzi di intervento.

--REPLICA--

Con la mia replica a Civita credo di aver messo in evidenza la distinzione tra ascolto clinico e ascolto fenomenologico, dopo di che dovrebbe risultare chiaramente che l'intervento di Giannelli si colloca sul piano clinico, pur mostrando di aver più di un'apertura sul piano fenomenologico, che il lettore può individuare senza difficoltà. Nessuna meraviglia quindi che Giannelli proponga una definizione di accanimento terapeutico ben diversa dalla mia. La sua definizione si riferisce al momento terminale del lavoro psichiatrico, mentre la mia si riferisce a quello iniziale, perché egli giudica ciò che fa l'operatore mentre io cerco di comprendere in che modo questi si ponga davanti a un malato. Così come Giannelli lo descrive, lo denuncia e lo proscrive, il fare psichiatrico risulta manchevole appunto di un adeguato momento iniziale. Se lo psichiatra fosse attento alle sue visioni (come dico io), se indulgiasse un attimo sulla «lettura estetica dell'esperienza psicotica» (come dice Giannelli), se ricordasse che «un ammalato è sempre più di quanto non ci appaia» (Jaspers, citato da Giannelli), allora non ci sarebbe nessun modo di curare che trascuri o schiacci l'umanità del malato.

Affinché lo psichiatra non manchi di pietà verso il malato, non si può fare appello ai suoi sentimenti, contrariando il suo diritto a custodirli gelosamente. Si deve bensì fare appello alla sua cultura, invitandolo a riscoprire la radice filologica della parola pietà. Per i latini *pietas* era la reverenza attonita davanti all'«epifania» del divino. L'atteggiamento fenomenologico (o visionario, nel senso da me indicato) è ciò che può permettere di non perderla.

È proprio un rispetto attonito che si deve avere per le espressioni del malato, epifanie comunque, anche le più perdute, di quella fondamentale dimensione dell'esistenza, che è l'espressività. Mentre Giannelli ricorda "scrittori e poeti contemporanei", che hanno conservato "le loro capacità inventive ecc." malgrado i più devastanti trattamenti psichiatrici, se ne possono incontrare altri che non sono usciti indenni da un trattamento magari "rispettoso" come quello psicoanalitico. Ma il problema non è questo, perché, affrontandolo così, esso si sposta in effetti dalla persona alla sua opera. Le espressioni del malato ci devono essere care non perché ci ricordano quelle d'un artista caro a molti, e magari a noi caro in particolare, ma perché esse scaturiscono ed emergono grazie a qualcosa che ci accomuna: l'espressività, appunto, e la visionarietà. Non sono estranee a questa visuale né le fantasie deliranti, né i prodotti dell'"immaginazione corporale" (cenestopatie, somatizzazioni, deliri ipocondriaci) e nemmeno la suprema capacità di pensare e di agire la propria morte.

Cosa posso rispondere a Giannelli a proposito d'un eventuale Holderlin del nostro tempo? Fortunato lo psichiatra che avesse la ventura d'incontrarlo, che sapesse riconoscerlo e che decidesse di proteggerlo. Ma che non se ne faccia un merito, se invece agisse diversamente con chi Holderlin non è.

BIBLIOGRAFIA

Borgna E. *I conflitti del conoscere* Feltrinelli, Milano, 1988.

Calvi L. *Psichiatria e fenomenologia in Italia. La stagione dell'arte psicopatologica* Revue Intern. d'Histoire et de Méthodologie de la Psychiatrie, n. 1-2, p. 47, 1991.

Calvi L. *Prospettive antropofenomenologiche* in *Trattato Italiano di Psichiatria* (diretto da Cassano G.B. e altri), I vol., p. 97, Masson, Milano, 1993.

Civita A. *Bachelard e Binswanger. Sofferenza e felicità dello spazio* Psichiatria oggi, 5, 1, 1992.

Morselli E. *Esiste un'attività psicopatologica originale?* Arch. Psicol. Neur. Psych., 9, 3, 1948.

Questo dibattito si è svolto presso la Commissione "Etica e psichiatria" della Consulta di Bioetica a Milano, 1991-1992.

Prof. Lorenzo Calvi
C.so Matteotti, 17
I-22053 Lecco