

LA FENOMENOLOGIA E LA CURA

A. BALLERINI

Vorrei richiamare l'attenzione sul senso che la psicopatologia ed il suo impianto fenomenologico possono avere nella vita dei Servizi di psichiatria.

Esistono, come si sa, a fondamento della psicopatologia sviluppi fenomenologici diversi:

1) una fenomenologia tesa alla comprensione per immedesimazione delle esperienze del soggetto;

2) una fenomenologia "eidetica", che ricerca l'essenza, l'*eidōs* appunto, delle esperienze patologiche.

Entrambe, al di là dei presupposti teoretici che vanno da Husserl a Heidegger, sono la risultante di un vero e proprio esercizio che coniughi, sulla base di un'innegabile disposizione personale dello psichiatra, fonti culturali con una continua riflessione sulla densità dei vissuti che ci vengono proposti dalla persona e sui significati che essi veicolano. Entrambi i due atteggiamenti insiti nella psicopatologia fenomenologica, quello eidetico e quello comprensivo, entrano a costituire l'ossatura, la trama della psichiatria fenomenologica.

Questa precisazione è altrettanto vera sia in un percorso di studio nella psicopatologia di una qualsiasi sindrome, sia quando si tratta di un progetto di psicoterapia, e non potrebbe essere diversamente perché la fenomenologia psichiatrica pone in primo piano una ricerca di senso e quindi ricostruire un'osservazione clinica ricercandone i percorsi di senso è già un approccio psicoterapico. Come questo, sconterà quanto tempo gli abbiamo dedicato, quanto siamo riusciti a costruire di rapporto, quanto ampio era l'ascolto, vale a dire lo sfondo che ci rendeva

aperti ai diversi modi di chi è incontrato, quanto profonda e puntigliosa era la nostra conoscenza psicopatologica, che è pur sempre il basamento e il grado zero di ogni avvicinamento psichiatrico.

Io non sottolineo tanto il rapporto fra “fenomenologia” e “psicoterapia”, che può essere all’origine di tanto giuste quanto puntigliose *querelles*, sembrandomi un confronto non del tutto congruo, un confronto fra entità diverse, essendo la prima un ben noto sistema filosofico, la seconda una tecnica terapeutica. Siamo tutti consapevoli che ogni progetto di ricerca o di cura è sotteso da presupposti di derivazione filosofica, che uno ne sia consapevole o no, cosicché la pretesa di un operare psichiatrico del tutto a-teoretico è un inganno. K. Jaspers osservava che gli psichiatri che disprezzano ogni presupposto filosofico ne verranno silenziosamente sommersi. Ma una cosa sono i presupposti e la loro matrice di ispirazione, altra cosa sarebbe una pedissequa applicazione di una qualsivoglia filosofia. Il legame stretto è semmai quello tra psicopatologia (fenomenologica) e psicoterapia, così stretto da essere in gran parte una sovrammissione.

Quello che conta è ciò che indicherei come “atteggiamento fenomenologico” dello psichiatra: la disponibilità-capacità, ad esempio, a cogliere e restituire aspetti particolarmente significativi del progetto di mondo dell’altro, ad usare senza paura – ma anche senza esserne intrapolati – il proprio movimento empatico, ad attingere significati fisiognomici nel vissuto proprio evocato da quello altrui, col presupposto che l’esperienza fenomenologica sia, ha scritto W. Blankenburg, «un tentativo di mantenersi ancora risolutamente più aperto a tutti i modi di essere di chi è incontrato».

Del resto io parlo di ispirazione fenomenologica e non di applicazione, visto che credo non esista tesi filosofica che possa dettare limiti e vincoli alla ricerca psicopatologica. Il fatto che noi si possa nel concreto avvicinamento ad una persona, dimenticare, sospendere, scompigliare, travalicare gli stessi paradigmi nosografici è un fatto che si può permettere soltanto colui che conosce benissimo la psicopatologia e riesce a mantenere attiva la spinta creativa di essa. Non si deve tuttavia credere che la miglior ricerca di senso passi attraverso un approccio di derivazione irrazionale, del tipo «conoscere qualcosa sulla schizofrenia ostacola la conoscenza di uno schizofrenico», dimenticando che di solito una mente vuota di nozioni non è più aperta, ma semplicemente vuota, e illudendosi che possa esistere una ricezione “naturale” dei dati non mediata da trame gnoseologiche. In ciò ignari non solo dell’asserzione epistemica che i fatti sono gravidi di teorie, ma anche della frase di Pirandello: «Un fatto è come un sacco: non sta su finché non ci hai messo dentro qualcosa».

Molto dipende dal saper ricominciare ogni volta daccapo, non illudendoci di avere una verità precostituita, sia pure fondata sulla più solida costruzione psicopatologica. Se, come scrive K. Jaspers, “impassibilità” e “commozione” vanno di pari passo nella comprensione di un mondo psicopatologico, del pari conoscenza e ingenuo candore vanno mano nella mano nella ricerca di senso di una esperienza psicopatologica. E che cosa è più ingenuo dell’*epochè*? Cioè del metodo fenomenologico di conoscenza che mette tra parentesi, sospende, i pregiudizi, i giudizi, i dati del mondo reale ecc. concernenti la persona della quale ci occupiamo, per far emergere soltanto le possibilità dell’empatia e il movimento intenzionale dei significati della coscienza che cerchiamo di illuminare.

Il progetto scientifico di una psicopatologia resta per molti psichiatri, nella lunga scia di K. Jaspers, lo studio, l’analisi, la possibilità di tradurre in concetti trasmissibili, le forme ed i modi – più che non i temi – dell’esperire del malato di mente, e, come si sa, questo progetto ha illuminato in maniera irrinunciabile la clinica psichiatrica.

Ma anche rimanendo al progetto della psicopatologia basata sulla “fenomenologia comprensiva-soggettiva” (come è quasi interamente la trama conoscitiva jaspersiana), quale ruolo e senso la psicopatologia può oggi avere nella ricerca e assistenza psichiatriche? Quest’ultima – almeno da noi – è connotata, nelle situazioni migliori, da un espandersi della psichiatria nella comunità, ma non di rado anche da un declino dell’interesse per la psicopatologia.

Inoltre è avvenuto che alcuni importanti centri di costruzione del sapere non abbiano giocato un ruolo significativo nel processo di trasformazione dell’assistenza psichiatrica in Italia, ed è anche talora accaduto che venisse dichiaratamente rifiutata come “oggettivante” ogni lettura della devianza che non fosse una interpretazione rigidamente sociologica. Posizione questa che denuncia un’immagine bidimensionale dell’uomo, e inoltre mi pare confonda i vari significati del verbo oggettivare, allorché si travolge in un’unica condanna l’obiettivazione dell’uomo in sede etica ed economico-politica con quella in sede di conoscenza.

Dal mio punto di vista, una lettura quasi esclusivamente sociologica del disturbo mentale, corre il rischio di non considerazione dello spazio di individuale progettualità della presenza umana e dei suoi modi e temi di costituirsi. I “matti non esistono” può diventare tragicamente uguale a: “la mente non esiste” (Ballerini, Pazzagli). Anche se devo dire che, come cultore di psicopatologia, condivido l’osservazione di W. Janzarik che scrive come uno psicopatologo non possa non provare una qualche simpatia verso movimenti così radicalmente oppositivi ad ogni riduzionismo biologistico della malattia mentale.

Nonostante i diversi luoghi della prassi psichiatrica tendano a produrre sfondi culturali e stili operativi diversi, dovrebbe essere chiaro ormai che la malattia mentale, in maniera non diversa alla psichiatria nella comunità, è comunque «un gioco che si fa in molti» (Hochman), in una rete intersoggettiva ove l'attenzione al fluire, normale o patogeno, delle relazioni ripropone l'importanza del dialogo, del rapporto, del suo entrare in risonanza con fantasmi interni, o, più esattamente, ripropone l'importanza del concetto fenomenologico di "situazione" nel senso di *tranche* del rapporto Io-Mondo.

La separazione dei due termini, Io e Mondo, in definitiva è un *après-coup* della ragione.

Lo spostamento della prassi psichiatrica da un contesto manicomiale ad uno comunitario comporta non solo il riconoscimento del danno inferto alla persona da pratiche di esclusione, intrinsecamente violente, e un allargamento dell'ottica dal malato al malato-in-situazione, ma soprattutto il passaggio da un momento pietrificato, perché riprodotto come identico, al declinarsi di un tragitto di esistenza, ove il tempo è quello modulato dal rapporto. L'elemento principale che viene così ad affacciarsi, oltre a quello dell'introduzione del contesto di vita nel campo osservativo, è il fattore della temporalità che, pur con tutte le manchevolezze delle concrete relazioni terapeutiche, permette spesso di delineare una traiettoria di malattia, ma al di là di essa una traiettoria di stile di vita: di modi di rapporto del malato con l'ambiente, certo, ma anche, e soprattutto, di modi di coniugazione fra la soggettività ed il disturbo che la affligge, tra persona "spirituale" e trascendenza del disturbo.

Questo modello, non semplicemente di osservazione protratta, ma di rapporto longitudinale interattivo con il malato di mente, mi sembra sia fonte di nuove conoscenze in vari ambiti psichiatrici ed esemplarmente nel campo dei disturbi schizofrenici che – come L. Binswanger ci ha insegnato – poggiano sul piano dell'interruzione della continuità dell'esperienza, e si declinano quindi primariamente nella storicità dell'eserci.

Anche se talora la pressione dell'urgenza e comunque del dover provvedere, e la duplice spinta dell'ambizione terapeutica e dell'inevitabile funzione di controllo, ci fanno correre il rischio di azioni che hanno più le caratteristiche dell'*acting-out* che dell'operare psichiatrico, mi sembra evidente che, attraverso l'esperienza dei servizi psichiatrici nella comunità, alcune trame conoscitive si vadano via via delineando nella psicopatologia del presente. Inoltre l'acuta consapevolezza degli aspetti incerti e problematici di continuo emergenti soprattutto dalla psicopatologia fenomenologica che mantiene il suo ruolo di "guastafeste" nei confronti di una nosografia troppo sicura di sé, possa

essere un buon deterrente rispetto a una psichiatria spesso in bilico fra il rischio di risolversi in puro “agire” e quello di credere di poter “accogliere” e “comprendere” ogni condizione morbosa sulla base di modelli fatti una volta per tutte.

Ma, in definitiva, i servizi di psichiatria nella comunità sono stati pensati essenzialmente per una istanza morale di rispetto della persona, consapevoli ormai di dover evitare la coniugazione perversa fra spersonazione insita nella malattia mentale e sua puntuale, isomorfa conferma nell’antica gestione manicomiale, e poco importano dunque le dottrine psichiatriche.

Ma questa frase divenuta così banale, “spersonazione psicotica e sua ratifica manicomiale”, a sua volta deriva da precise osservazioni cliniche e dai loro presupposti teoretici, in mancanza dei quali l’istanza morale avrebbe avuto poche possibilità di tradursi in prassi generalizzata; visto che non era certo inferiore a quella che noi pretendiamo di avere la tensione morale di Esquirol quando propugnava gli “ospizi dei pazzi”, sul modello di Charenton!

L’uso deplorabile e balcanizzato nelle teorizzazioni psichiatriche ha favorito, è noto, la risonanza della lezione che un cultore dell’empirismo logico, il filosofo C. Hempel, impartì in una lettura magistrale nell’ambito dell’American Psychiatric Association nel 1965 in tema di nosografia psichiatrica. Ma dopo la grande enfasi circa un modello psichiatrico rigidamente categoriale, una diffusa insoddisfazione negli ultimi anni sembra pervadere il pensiero psichiatrico proprio nei confronti di una dottrina categoriale dei disturbi psichici, della quale peraltro tutti riconoscono l’utilità, ma quella di una mera convenzione.

Ho l’impressione che questa diffusa insoddisfazione derivi non solo dalla incombente assolutizzazione e reificazione dei paradigmi categoriali, e dalla crescente evidenza della loro insufficienza, ma soprattutto dalla drammatica e sempre più stridente carenza di ascolto che ha caratterizzato buona parte della psichiatria del presente. Non è piccolo segnale che anni fa J.S. Strauss scrivesse: «[...] ci sono molte cose che i pazienti stanno tentando di dirci sulla loro esperienza soggettiva e che noi sistematicamente non riusciamo ad ascoltare».

Diversi anni fa W. Janzarik, in un celebre contributo, scriveva che la crisi della psicopatologia fenomenologica è «una crisi di indifferenza, di rassegnazione e di incertezza, in un’area della ricerca che rischia di scivolare in una terra scientifica di nessuno poiché le sue scoperte maggiori non possono essere espresse in diagrammi o nel linguaggio del computer».

Io penso che dobbiamo riproporre il valore della psicopatologia non solo come itinerario formativo dello psichiatra, ma come elemento fondante dell'autentico esercizio della psichiatria.

Si possono in effetti considerare almeno due declinazioni della fenomenologia psichiatrica: l'una come patrimonio di conoscenze, ignorando le quali ci si può ridurre ad una psichiatria appiattita (*mindless*) forse nell'illusoria speranza che un riduzionismo, non solo "metodologico" ma che sfoci a livello "ontologico", conduca ad una lettura neurobiologica esaustiva del disturbo psichico. L'altra declinazione è quella della psicopatologia come specifico atteggiamento mentale dello psichiatra, connesso al metodo che permette l'acquisizione delle conoscenze psicopatologiche, che sono sempre parziali, provvisorie, poco rassicuranti, in *infinitum imperfectae*, e che non evitano di porre lo psicopatologo-fenomenologo di fronte al singolo caso nella posizione che E. Husserl indicava come quella dell'"eterno debuttante".

Lo sviluppo della psicopatologia fenomenologica, che non si è certo fermata a Karl Jaspers e Kurt Schneider, può tendere verso almeno tre direzioni (Ballerini, Giacanelli):

1) la ricerca di ordinatori psicopatologici di livello superiore che, ampliando l'orizzonte nel quale si colloca la ricezione dei singoli fenomeni, rappresentino in definitiva una donazione di senso ai fenomeni stessi. La temporalità, ad esempio, è un ben noto ordinatore di sindromi psicopatologiche, ma la semplice ricezione partecipe dei movimenti affettivi nelle psicosi paranoide (la disforia, l'oscillazione vergogna-rabbia, ecc.) sembra delineare un guado fra le due sponde dell'incomprensibilità, talora postulata come assoluta.

2) la seconda direzione di possibile sviluppo della psicopatologia fenomenologica e che discende direttamente dalla prima, è porre le premesse teoriche ed un atteggiamento mentale non *naïf* per un approccio psicoterapico al mondo delle psicosi, meno episodico o selettivo di quanto non avvenga oggi.

3) inoltre si può ipotizzare un possibile terreno di incontro con la ricerca di ordine biologico, incontro che è difficile pensare possa realizzarsi sulla base di una traduzione in termini sintomatologici di frammenti comportamentali o sulla base di diagnosi convenzionali.

(Io non voglio dilungarmi sull'esempio clamoroso dell'accertata complementarità tra una nozione così tipicamente fenomenologica come quella di autismo quale deficitaria costituzione dell'Altro, e i dati neurofisiologici sui *mirror neurons*, senza perciò diventare dei "saltimbanchi della epistemologia", secondo il giustificato timore di Jean Naudin),

4) né spenderò parole per ricordarvi quella che può essere chiamata una bussola psicopatologica per la scelta dei farmaci, in un'epoca nella quale fortunatamente siamo passati da qualche neurolettico distribuito a pioggia ad un'azione sempre più raffinata e mirata di farmaci antipsicotici.

Quell'“ascoltare l'esperienza soggettiva” della quale J. Strauss si fa oggi paladino, che da K. Jaspers in poi è stato il punto focale della psicopatologia, ne è ovviamente il punto zero, ma anche il punto di partenza di ogni approccio tendenzialmente fenomenologico, che ogni Servizio che funzioni realizza – certo in misura diversa – nella prassi quotidiana e ad esso continuamente ritorna nel lavoro terapeutico, mettendo tra parentesi ogni pretesa esplicitativa, ogni teoresi assolutizzante ed usando le stesse formulazioni diagnostiche semplicemente come prima rete di riferimento per accogliere la sofferenza del paziente, o, se preferite, quali “boe di galleggiamento”, come K. Schneider (1971) diceva dei suoi “sintomi di primo rango”. E le boe di galleggiamento, come chiunque vada per mare sa, non indicano la rotta, ma lo spazio entro il quale si può navigare.

In passato si è a lungo sentito dire che il piano-guida essenziale o unico esempio della farmacoterapia ha da essere quello diagnostico. Ma molta acqua è passata sotto i ponti e non molti credono più che la stella polare della ricerca e della prassi sia la nosografia categoriale, tesa a stabilire confini convenzionali, e che contiene tuttavia frammenti di verità pur utili ma solo per un primo livello di informazioni nella comunità degli esperti.

Il guaio è fermarsi lì, ad una etichetta diagnostica che non di rado – ha scritto W. Blankenburg – illumina più sulla scuola di appartenenza dello psichiatra che non sul paziente. Ma già K. Jaspers in pagine indimenticabili aveva annotato: «La diagnosi è l'ultimo punto da considerare nella comprensione psichiatrica di un caso [...] L'importante è l'analisi ed il fatto che il caos dei fenomeni non venga seppellito, ai fini della conoscenza, da una etichetta diagnostica [...] In psichiatria diagnosticare è sovente uno sterile giostrare, nel quale solo pochissimi fenomeni cadono nel campo del sapere cosciente». Mentre se il rapporto si prolunga e diviene tendenzialmente terapeutico, psichiatra e paziente modulano e variano continuamente la distanza fra loro, e ciò significa che il curante passa di continuo dal generale al particolare ed individuale, dal categoriale all'esistenziale e all'esistentivo, e viceversa, di continuo ri-prendendosi rispetto ad una distanza fusionale od invece stellare, di continuo oscillando fra sforzo di immedesimazione nei vissuti dell'altro e distaccata riflessione sulla densità dei significati che essi veicolano.

La fenomenologia psichiatrica ricerca una visione tipologica delle strutture intenzionali di significato (l'intersoggettività, la temporalità, la spazialità, la corporeità...) e, tendendo ad individuare degli ordinatori psicopatologici di livello superiore rispetto a frammenti sintomatologici, ha portato avanti il tentativo di fondare una scienza oggettiva – nel senso del rigore e della comunicabilità – dei fenomeni soggettivi, delineando la cogente integrazione fra la dimensione “impersonale-biologica” e quella “individuale-storica” nel concreto attualizzarsi dei disturbi mentali e nel concreto approccio terapeutico ad essi.

Un punto essenziale, che la psicopatologia ha proposto nelle sue varie declinazioni fenomenologiche, è il rapporto fra la globalità della persona e l'abnorme esperire che può pervaderla.

La scelta terapeutica, di qualsiasi tipo sia, di questo deve anche tener conto: del confronto fra persona ed esperienza abnorme. Il binswangeriano rapporto fra “altezza” dell'esperire e “larghezza” della base personale è la matrice propriamente antropologica della semeiotica psichiatrica.

La fenomenologia fornisce cioè un metodo per illuminare gli stati della mente, i fatti psichici quali essi sono, i fenomeni in quanto fenomeni e non quali vengono teorizzati o reificati. Non c'è psicopatologia e forse, oso dire, non c'è psichiatria senza considerazione, preoccupazione, cura dell'umano esperire, dell'*Erleben*. E questo può avvenire su vari piani, di diversa complessità: o nel suo darsi fenomenico, o nei suoi aspetti strutturali, o nei suoi modi costitutivi; ma tutti hanno in comune il principio dell'attenzione prioritaria e del radicale rispetto per l'esperienza interna dell'uomo, accolta quale espressione di senso, al di fuori e prima di intrusioni causali ed interpretative.

Questo metodo è uno strumento da un lato per delineare e ordinare i fenomeni psicopatologici, dall'altro ci fornisce il materiale fenomenologico-empirico e descrive la strada che ci conduce all'*eidōs* dei fenomeni, alle caratteristiche di nucleo appartenenti a tutti gli esempi possibili della classe di oggetti considerati.

In mancanza di tale intuizione eidetica globale, nessuna conoscenza è possibile, né quella quotidiana, né quella diagnostica, né quella di un progetto di ricerca. La scientificità è proprio garantita non dalla impossibile assenza di presupposti e precognizioni generali, ma dalla consapevolezza dei sentieri eidetici che ci hanno condotto alle precognizioni e dalla disponibilità a cambiarle nell'urto con i dati empirici, se ciò lo rendesse necessario. La fenomenologia psichiatrica si muove dunque, partendo dalle premesse husserliane, all'interno del *circolo ermeneutico* (Gadamer) ove una precognizione globale (frutto dell'apprensione eidetica degli attributi di nucleo che indicano l'essenza di un oggetto) si

confronta con la ricerca dei dati parziali, i quali a loro volta potrebbero modificare la visione di essenza precedente, in una circolarità senza fine. Non si deve cioè credere – e questa è una delle grandi lezioni della fenomenologia – che pre-comprensione abbia l’attributo negativo di pre-giudizio: ha invece il senso di giudizio globale inevitabilmente e intuitivamente anticipato: la sua messa in luce ed il suo uso critico e pertanto modificabile sono la via regia della conoscenza.

A mio avviso, proprio il tendere della psicopatologia post-schneide-riana (in gran parte tuttora in attesa di sistematizzazione) verso una concezione più prototipico-dimensionale che categoriale, ne esalta il fascino e l’utilità nel lavoro terapeutico che i Servizi realizzano nella continuità della presa in carico. E basterà, a questo proposito, ricordare l’importanza della sistemazione dimensionale che autori come K. Koehler hanno proposto per i fenomeni di Primo Rango, considerati “tipi di gravidanza”, posti però su un *continuum* esperienziale lungo il quale è possibile che la persona si muova, passando da esperienze non francamente patologiche ad esperienze francamente psicotiche e vice-versa, o le ricerche di J. Klosterkoetter sulle “connessioni seriali” tra fenomeni minori, “basici” (Huber), e sintomi psicotici di Primo Rango, o la possibilità di concepire – come G. Stanghellini ed io abbiamo proposto (1992) – un ordinatore psicopatologico sovrainposto ai tre campi del delirio, della allucinazione e dell’influenzamento, e rappresentato dalla distorsione nella normale proporzione fra attività e passività e dal radicale prevalere di quest’ultima nella costituzione delle trascendenze del Sé, del corpo e del mondo.

Fondamentale per la pratica della psichiatria mi sembra anche, come ho accennato più volte fin dall’inizio, l’attenzione a come si declina ed evolve il rapporto fra persona e disturbo. Al di là dell’ipotetica modificazione o della premurosa protezione, di sapore anaclitico, di persone che attraversano la vita sotto il segno della vulnerabilità alla psicosi, quale consistente progresso possiamo ad esse proporre se non l’acquisizione da parte di queste persone di processi di *coping* meno disastrosi, meno irrimediabilmente proclivi a trasformare il “perturbante” di disturbi basici, comunque intesi, in sintomi psicosici?

Ora se, nonostante questi ed altri progressi, la psicopatologia ha mancato di divenire la lingua comune, la *koinè*, di tutti i dialetti psichiatrici, la ragione potrebbe consistere nell’estraneità della psicopatologia all’esercizio prognostico. Il fatto è che la psicopatologia è parte delle scienze umane e come tale è interessata non ad una sistematica della malattia mentale, bensì all’individuazione di dispositivi antropologici, di modelli di funzionamento della psiche umana, i quali forse attraversano la salute e la malattia, e certamente non sono confinati in

single forme morbose ed hanno per scopo di articolare la congerie delle esperienze interne di una persona delineandole in un mondo. Gli organizzatori psicopatologici sono cioè categorie generatrici di senso, il cui scopo potrebbe essere d'iniziare, avvicinare, stabilire un rapporto con un mondo estraneo (Ballerini, Stanghellini, 1991).

Gli organizzatori psicopatologici nel pensiero come nella prassi psichiatrica, guidano, consapevolmente o no, in modo sofisticato ed assieme necessariamente ingenuo, la nostra capacità, appunto, di mantenersi aperti ai diversi modi di essere di chi è incontrato.

BIBLIOGRAFIA

- Ballerini A., Giacanelli F.: *Necessità e insufficienza della psicopatologia generale nella formazione dello psichiatra*, in Ancona A., Ferro F.M., Di Giannantonio M. (a cura di): *Formarsi e formare in psichiatria oggi*, pp. 65-69. Pubblicazioni dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano, 1993
- Ballerini A., Pazzagli A.: *La psichiatria fra "agire" e "operare"*. PROSP. PSICOANAL. NEL LAVORO IST., II, gen-giu 1984, 1: 81-90
- Ballerini A., Stanghellini G.: *Organizzatori Nosografici e Organizzatori Psicopatologici*, in *Nosografia e Transnosografia*. Atti del II Congresso Nazionale della Società Italiana di Storia della Psichiatria, Siena 21-23 marzo 1991
- Binswanger L.: *Melanconia e Mania* (1960), tr. it. Boringhieri, Torino, 1971
- Blankenburg W.: *La perdita della evidenza naturale* (1971), tr. it. Cortina, Milano, 1998
- Gadamer H.G.: *Verità e metodo* (1986-1993), tr. it. Bompiani, Milano, 1996
- Hempel C.: *Fundamental in Taxonomy*, in *Aspects of Scientific Explanation and Others Essays in Philosophy of Sciences*. Free Press, New York, 1965
- Hochmann J.: *Psichiatria e Comunità. Tesi per una psichiatria degli insiemi* (1971), tr. it. Laterza, Bari, 1973
- Huber G.: *Das Konzept substratnaher Basissymptome und seine Bedeutung für Theorie und Therapie schizophrener Erkrankungen*. NERVENARZT, 1983, 54: 23-32
- Husserl E.: *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica* (1936), tr. it. Einaudi, Torino, 1965
- Janzarik W.: *Die Krise der Psychopathologie*. NERVENARZT, 1976, 47: 73-80
- Jaspers K.: *Psicopatologia Generale* (1913, 1956), tr. it. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1965
- Klosterkoetter J.: *Basissymptome und Endphaenomene der Schizophrenie*. Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1988

- Koehler K.: *First Rank Symptoms of Schizophrenia: Questions Concerning Clinical Boundaries*. BR. J. PSYCHIAT., 1979, 134: 236-248
- Schneider K.: *Psicopatologia clinica* (1950), tr. it., 4^a ed. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2004
- Stanghellini G., Ballerini A.: *Ossessione e rivelazione*. Bollati Boringhieri, Torino, 1992
- Strauss J.S.: *Subjective Experiences of Schizophrenia: Toward a New Dynamic Psychiatry - II*. SCHIZOPHRENIA BULL., 1989, 15, 2: 179-187

Prof. Arnaldo Ballerini
Via Venezia, 14
I-50121 Firenze