

PERSONALITÀ PARANOICALE E *MOBBING*: PSICOPATOLOGIA DI UN FENOMENO ALLA MODA

G. DI PIAZZA

Negli ultimi decenni abbiamo assistito alla fioritura di numerose pubblicazioni (articoli, libri) e all'apertura di un vivace dibattito intorno al fenomeno del *mobbing*: ho l'impressione che tale termine tenda a divenire (se non lo è già) una parola *passepourtout* che, impropriamente utilizzata e abusata (come il termine di stress, esaurimento nervoso, sindrome ansioso-depressiva), rischia di svuotarsi di senso favorendo, intorno ad un fenomeno così complesso, generalizzazioni apparentemente chiarificanti ma in realtà disorientanti, con conseguenti fraintendimenti diagnostici e terapeutici.

Intendo esaminare alcuni elementi del fenomeno *mobbing* mettendo in luce quali siano i vissuti della persona che percepisce ostilità in ambito lavorativo e quale possa essere la richiesta di aiuto formulata e le sue caratteristiche. Nell'addentrarmi in questo campo non farò ricorso ad un modello di comprensione di tipo psicologico o sociologico¹ e,

¹ Quando ci si addentra nello studio del fenomeno *mobbing*, viene molto da pensare intorno ai cambiamenti avvenuti a partire dalla rivoluzione industriale ad oggi per quanto riguarda non soltanto i ritmi di lavoro, quanto la progressiva "disumanizzazione" dello stesso: il lavoratore perde lo statuto di soggetto pensante dotato di sentimenti per divenire strumento, anodino e impersonale oggetto di profitto. La stessa definizione dell'ufficio del personale presso le nostre aziende sanitarie con la dizione di Ufficio Risorse Umane potrebbe indurci a riflettere su come medici, infermieri, educatori siano all'interno di un'amministrazione aziendale non più "persone", uomini e donne in carne e ossa (con sentimenti e stati d'animo), quanto delle "risorse", delle "proprietà", degli esseri cosificati al pari di un armadio o un sacco di patate...

senza alcuna pretesa di esaustività, sorvolerò su alcuni aspetti (ad esempio quale funzione possa avere una “strategia” di *mobbing* nell’assetto aziendale, l’ipotesi di una matrice sadica alla base di tali comportamenti, ecc.). Prendendo spunto da alcune situazioni cliniche e da suggestioni ricavate da rappresentazioni cinematografiche (ad es. il film di Francesca Comencini *Mi piace lavorare - Mobbing*²), cercherò piuttosto di soffermarmi sul particolare stile relazionale che la persona soggetta a *mobbing* istaura con gli altri e, in particolare, con lo psichiatra.

I. IL TARTASSATO/TORMENTATO

All’uso del termine inglese *mobbing* – letteralmente “assalire”, “aggre-dire” – i francesi preferiscono il termine “*harcèlement*”, dal verbo *harceler* che significa l’assillare, il non dare tregua, a sua volta derivato da *herse* ovvero colpire³.

Come potremmo tradurre in italiano questo termine inglese? Forse con “maltrattato”: tuttavia in italiano questa parola induce già una presa di posizione, in quanto indica *in primis* che una persona è “trattata male” e poi che questa azione è subìta, imposta.

Nel tentativo di escludere una posizione di parte, un giudizio di valore, già espresso dal suffisso “mal-trattata”, la persona che incorre nel *mobbing* potrebbe essere definita in italiano con “tartassato” che, per quanto possa apparire termine popolare, è di immediata suggestione. Forse, meglio ancora potrebbe suonare la definizione di “tormentato” in quanto più neutra rispetto al dipolo attività-passività: in effetti il “tormento” rimanda a qualche cosa di interiore, rimane neutro rispetto alla genesi di tale tormento (sia esso frutto di fattori emotivo-affettivi interni oppure di fattori/eventi esterni).

Il termine inglese è stato usato dapprima in etologia ed è interessante constatare come il tartassato/tormentato faccia spesso riferimento al mondo animale quando presenta la propria condizione: metaforicamente, si definisce una “preda” braccata da un “branco” di “belve inferocite”, “un agnello” in un ambiente in cui prevalgono i “lupi”.

Come un animale accerchiato da predatori, sciacalli, iene, che di volta in volta allungano le zampe per saggiare le capacità difensive

² F. Comencini: *Mi piace lavorare (Mobbing)*, 2004, con N. Braschi.

³ È curioso notare come sia possibile effettuare un collegamento tra il termine “*herse*”, colpire, battere e la parola italiana “matto” ovvero “battuto”, “colui che è colpito”.

della preda ed allo stesso tempo per disorientarla, il tartassato non subisce un'offensiva chiara, manifesta, faccia a faccia, da parte di un unico predatore, ma di solito si trova a che fare con una serie reiterata, molteplice di "micro" aggressioni e assalti apparentemente impersonali, indiretti e le cui finalità rimangono vaghe e incognite. Il tartassato/tormentato non ha la fortuna di confrontarsi di persona con un avversario con cui dare vita ad una lotta corpo a corpo, ma percepisce un'anonima e vaga ostilità da parte di istituzioni/aziende impersonate da individui dai sentimenti imperscrutabili. Il carnefice rimane spesso nell'ombra e senza volto.

II. SULLA SCIA DEI VISSUTI

Venire in contatto con i vissuti del tartassato-tormentato aiuta a riscoprire quanto la matrice affettiva possa alimentare l'esperienza paranoica tradizionalmente ridotta a un delirio «lucido, coerente, ben sistematizzato, verosimile» (Del Pistoia, 2008).

In effetti, in psicopatologia il successo della nosografia kraepeliniana che *sic et simpliciter* fa della paranoia un "errore del giudizio" ha portato a mettere in ombra la lettura francese della paranoia da una parte come costituzione personologica e dall'altra i passionali di de Clérambault, che ci ricordano come gli affetti non siano semplice sfondo della scena, ma la trama stessa del dramma paranoico.

Tatossian (1996) rammenta come il delirio paranoico articolato sotto forma d'interpretazione «non è che il modo di manifestarsi e anche di giustificare un vissuto immediatamente convincente (Lacan), scelto dal delirante che ne è ancora capace».

Ritornando al *mobbing*, vediamo quali possano essere i vissuti della persona che lo subisce:

1) *Spaesamento* – Il tartassato/tormentato coglie una serie di piccoli dettagli (una mancata risposta al saluto di buongiorno; una mimica del volto da cui evince ostilità) come qualcosa sia cambiato nell'ambiente lavorativo, inducendo uno stato d'animo di "spaesamento": qualcosa è cambiato, ma in modo quasi impercettibile e silenzioso. Anche la nitidezza e l'immediatezza nei rapporti interpersonali si sono offuscate e ci si sente all'interno di un ambiente in cui predomina una "mancanza di chiarezza".

2) *Isolamento* – Il dialogo non è più possibile in quanto l'Alter ego appare sordo alle ragioni del tartassato/tormentato: le sue parole cadono nel vuoto o, peggio ancora, sono oggetto di scherno da parte di colleghi

e superiori. I tentativi di ottenere spiegazioni falliscono e le risposte ottenute sono trancianti e sbrigative.

3) *Umiliazione* – Privato del proprio ufficio o fosse anche semplicemente della propria scrivania, soggetto a una brusca riduzione dei compiti lavorativi (demansionamento), il tartassato/tormentato si sente come un peso morto all'interno di un'organizzazione efficiente e vivace, dove vige un ritmo di cui si ha l'impressione di non riuscire più a reggere il passo. Non ci si sente più vitali.

4) *Vergogna* – Spesso ridimensionato nell'usuale funzione lavorativa, non vengono più proposti compiti e mansioni al tartassato/tormentato che, costretto a rimanere con le mani tra le mani, prova vergogna per il "non fare nulla" all'interno di un'azienda dove tutti corrono oberati di lavoro.

5) *Sopraffazione* – Il senso di sopraffazione difficilmente porta il tartassato/tormentato a passare all'azione, manifestando ad esempio la propria rabbia nei confronti delle persone che hanno un comportamento vessatorio nei suoi confronti: prevale un'attitudine astenica e di ritiro dal contraddittorio conflittuale. Si fanno strada la demoralizzazione e il senso d'impotenza.

III. STORIA CLINICA: LUCIO

Lucio si presenta al colloquio e il suo *incipit* prende avvio dal giorno in cui è stata cambiata la sua mansione sul posto di lavoro: da un ufficio amministrativo di un'azienda sanitaria toscana all'ufficio relazioni con il pubblico. Ricorda come, dopo alcune settimane nel nuovo ambiente lavorativo, i colleghi abbiano iniziato a «scaricarmi il lavoro..., loro si allontanano dall'ufficio e io, da solo, me la devo vedere con le persone che si lamentano. Spesso è proprio quando sto per andare via che mi lasciano degli incartamenti da sbrigare... e intanto se la ridono. Sento la responsabilità di portare a termine anche il lavoro degli altri».

«E poi..., sì, lo so che il compito che ho è quello di fare il mio, raccogliere le lamentele delle persone e non di fornire loro delle risposte, ma vai a spiegarglielo che io non ho risposte da dar loro... la gente si incavola ancora di più! Ed io inizio a sudare, mi tremano le mani, sento la testa che mi scoppia».

Lucio è sposato, ha due figli: quando torna a casa si sente così esausto ed "esaurito" che non riesce più ad occuparsi dei figli come prima.

È su suggerimento della moglie che, dopo due mesi, si è rivolto al direttore del personale richiedendo il trasferimento ad altra mansione, ma le settimane passano e la sua richiesta rimane ancora senza risposta.

Nel corso del colloquio Lucio manifesta la propria irritazione nell'immaginare come la sua richiesta di trasferimento, quelle righe così sofferte con cui si espone dichiarando il proprio disagio nel lavorare presso l'ufficio relazioni con il pubblico, giacciono su una scrivania: è come se le vedesse abbandonate tra mille e più altre lettere, delibere, protocolli. Semplicemente abbandonate, senza alcuna cura, neppure prese in considerazione per essere cestinate. Anche il proverbio *verba volant, scripta manent* sembra cedere il passo di fronte all'incuranza di un direttore amministrativo delle nostre ASL...

Dopo cinque incontri (è già trascorso circa un mese e mezzo dal primo colloquio), arriva il giorno della consegna del certificato. Ricevuto il certificato Lucio mi dà l'impressione, dalla postura, di un'immediata riduzione della tensione, abbozza un sorriso, sembra quasi più spigliato: mi dice che lo produrrà il giorno stesso all'ufficio del personale. Prima di andare via Lucio mi dice: «In ogni modo, vada come vada, ho pensato che, al di là del certificato, vorrei proseguire i colloqui con lei. Infatti se non mi cambiano mansione, sarò ancora più in crisi e, anche se me la dovessero cambiare, sono arrivato ad un livello di "paranoia" che avrò comunque bisogno di lei...».

IV. SPAZIALITÀ

Il mondo vissuto in cui si muove il tartassato/tormentato appare segnato da due aspetti caratteristici: la non nitidezza e il carattere angusto.

Non nitidezza – Si tratta di un mondo immerso nella penombra, incolore, dai toni grigi. Il mondo circostante, l'ambiente lavorativo in particolare, è in qualche modo cambiato: qualcosa è cambiato, ma *che cosa* e *come* sia cambiato non è facilmente individuabile.

Come quando in una mattina d'autunno la nebbia nasconde l'abituale paesaggio scomparso sotto la coltre nebbiosa da cui emergono e si stagliano soltanto alcuni elementi (alberi, tetti, aloni di luce) abitualmente ai nostri occhi passati sotto silenzio, adesso il tartassato in questa coltre coglie (o si aggrappa a) degli elementi insoliti, nuovi, forse indizi che si sta tramando ai suoi danni. Si assiste ad un «dissolvimento dello sfondo con l'emersione di figure tutte in primo piano» (Callieri, Castellani, De Vincentiis).

Angustia/ristrettezza – Al lavoro il tartassato/tormentato sente di muoversi in uno spazio angusto, senza vie d'uscita, senza finestre: percepisce di essere "compresso", "costretto", soffocato. In merito alle "reazioni pre-paranoiche", Minkowski scriveva che «si prova una specie di contrazione interiore, ci si sente presi come in una morsa, il

mondo si restringe». Di questo vissuto di soffocamento va tenuto conto in occasione del colloquio con persone diffidenti, per evitare che, ritrovandosi all'interno di una stanza per il colloquio con le porte chiuse, si possano sentire "prese in trappola" e, indotte ad una posizione di difesa ancora maggiore, evitino il colloquio dandosi alla fuga o aggrediscano l'interlocutore.

La mancanza di nitidezza ed il vissuto di ristrettezza, conduce il tartassato/tormentato in un mondo in cui «lo spazio esterno si anima di minacce, di volti, di voci, di gesti, di ombre, di intenzioni aggressive e ostili. Debbo difendermi, rinserrarmi, rifugiarmi» (Callieri, 2007).

V. LA RELAZIONE (TERAPEUTICA) CON LA PERSONA SOGGETTA A *MOBBING*

Quando all'interno di un colloquio emerge come tema il *mobbing*, l'assetto terapeutico si modifica in quanto:

- 1) ci viene richiesto non un aiuto per risolvere un disagio personale quanto un certificato che comprovi lo stato dei fatti (certificazione medica);
- 2) più o meno esplicitamente ci viene fatta richiesta, con il certificato, di prendere posizione (colludere o collidere?);
- 3) quando lo redigiamo possiamo essere indotti a cercar di distinguere se ciò che viene riferito sia vero o falso (vero o falso?);
- 4) si apre la diatriba sull'azione determinante della pressione lavorativa sul malessere psichico.

1) *La certificazione* – Callieri, Castellani e De Vincentiis articolano l'intervento medico in quattro momenti: anamnestico, diagnostico, terapeutico e prognostico. Il tartassato sembra aggiungerne un altro, quello "consensuale-certificativo".

In effetti in occasione del colloquio con la persona soggetta a *mobbing* si ha da subito l'impressione che sia modificato il "*primum movens*" dell'incontro medico-paziente: da «un'invocazione preminente all'ausilio» si passerebbe ad «esigere una formulazione prognostica, da utilizzare a scopi diversi da quelli terapeutici» (Callieri, Castellani, De Vincentiis). In effetti dobbiamo ricordare come «diverse motivazioni [...] possano fomentare nel malato un incontro con il medico allo scopo di strumentalizzare comunque la condizione morbosa, quand'anche non di simularla» (*ibid.*).

Tatossian (1989) ricorda che, come il melanconico ritiene l'intervento della figura medica "inutile", così il paranoico lo considera fuori luogo, inappropriato, non confacente ai propri bisogni: lo psichiatra viene riconosciuto non nella funzione di curatore, riparatore, quanto nella sua veste di "autorità pubblica" che certifichi, testimoni nero su bianco i vergognosi soprusi subiti. Anche il tartassato/tormentato fa il più delle volte appello al medico non come persona che possa offrirgli cure e sollievo, ma come persona "utile per" redigere un certificato, come strumento per ottenere un risarcimento, manifestando una particolare attrazione e predilezione per il documento scritto.

In ogni modo, il foglio di carta, "il certificato" può essere visto anche come tramite per recuperare un rapporto con il mondo e quindi la richiesta della certificazione, apparentemente soltanto strumentale, può rappresentare il primo tentativo del tartassato/tormentato per prendere atto, in modo mediato e "accettabile", del proprio malessere.

A differenza degli "altri" colloqui con i pazienti in cui l'origine "psy-" (psicologico, emotivo, relazionale) del malessere viene ad essere esaltata, di fronte alle richieste di certificazione per cause lavorative lo psichiatra cerca spesso appiglio nella semeiotica medica affinché segni e sintomi possano essere verificati in modo inequivocabile: lo psichiatra richiede quindi una valutazione dei valori pressori e del ritmo cardiaco, domanda se si siano verificate modificazioni del sonno (dall'insonnia agli incubi), se è in corso un dimagrimento, se la digestione è divenuta più difficile, se si verifica piroisi gastrica, se sono comparse dermatiti e quant'altro. Per quale motivo si assiste a questa ricerca di sostegno nella semiologia medica? C'è forse un rapporto tra questa affannosa ricerca e il bisogno di una legittimazione della diagnosi in psichiatria attraverso una modificazione tangibile, visibile del soma?

2) *Colludere o collidere?* – Ho l'impressione che ogni qual volta ci imbattiamo in una persona con spunti, vissuti "para" (dal paranoiciale al francamente paranoico) siamo indotti a giostrarci tra due istanze: o colludere o collidere. Nel primo caso potremmo essere così comprensivi da accogliere le proteste del paranoico fino al punto da mettere da parte la (mitica) neutralità del terapeuta e scendere in campo in difesa della persona sottoposta a *mobbing*.

In effetti – come ricorda Tatossian (1996) – quello paranoico è un «delirio realista, un delirio agito nella realtà» che sprona alla (nostra) reazione: siamo allora indotti a prendere una posizione rispetto alle esperienze descritte e il tentativo di rimanere ad una certa distanza dal vissuto del paziente, senza esprimere pareri pro o contro quanto ci viene riportato, viene ad essere percepito dal paranoico come una più o

meno velata ostilità. Non è sufficiente essere “soci” neutrali, bisogna essere complici, altrimenti non si può essere altro che nemici.

3) *Vero o falso?* – Lo psichiatra può essere tentato dalla ricerca di elementi che comprovino la verità o meno delle informazioni ricevute intorno ad una situazione di *mobbing* lavorativo, ma, se ci lasciamo trasportare, nel corso del colloquio, dalla verifica se effettivamente, realmente, ci sia un maltrattamento, un tartassamento, ovvero che ci troviamo di fronte una vittima che ci parla delle nefandezze del/dei persecutore/i, credo che gli saremmo di poco aiuto: proporrei quindi di non indugiare nella verifica vero o falso, quanto piuttosto soffermarsi nell’ascolto di quanto viene comunicato, esplicitando al tormentato/tartassato come, oltre ad una verità ricevuta come una sorta d’illuminazione da contemplare, sia possibile considerare la verità come frutto di uno «sforzo di produzione, faticoso e oneroso, in cui il vero non è altro che il prodotto di questo lavoro» (Lantéri-Laura, 1981) a due tra psichiatra e paranoico. Nelle fasi di risoluzione dal delirio anche l’istanza imperiosa di ricerca della verità del paranoico tende a passare in secondo piano: Minkowski, descrivendo la risoluzione delle forme preparanoiche, indica che nel momento della guarigione «l’essenziale non è tanto il fatto che ritorniamo a vivere nel vero, ma che la morsa si disserri e, liberati da essa, riprendiamo il contatto con la vita».

4) *Causalismo* – La persona che ritiene di subire *mobbing* spesso rivendica come il maltrattamento subito in ambito lavorativo sia l’unico fattore determinante la comparsa del malessere psichico. Nonostante lo psichiatra possa proporre innumerevoli domande, il passato del tartassato/tormentato viene presentato tanto povero di eventi antecedenti alle malversazioni in ambito lavorativo da dare l’impressione di una biografia anodina che acquista corposità e movimento soltanto dopo l’evento/chiave⁴.

⁴ In proposito Henri Ey mette in guardia dal tentativo di ricondurre a fattori ambientali l’origine del malessere psichico ricorrendo ad un causalismo semplicistico e riduttivo: «[...] Per quanto possano essere importanti questi fattori ambientali (la configurazione sociale dei disturbi mentali, la loro inclusione in una struttura familiare o uno sviluppo “storico” di avvenimenti) la nostra osservazione clinica, e l’ipotesi che ne consegue, ci proibiscono di vedere nelle difficoltà, nei “maladattamenti” alla vita sociale, delle cause di disturbo che ci sembrano preesisterle, seguirle o meglio ancora condizionarle. [...] C’è nel disturbo mentale per noi qualcosa di più profondo che queste variazioni di comportamento che articolano o disarticolano le “funzioni della vita di relazione” alla superficie del nostro essere. È caratteristico del disturbo mentale in effetti disadattare l’individuo nel gruppo. Questo disadattamento dipende dal disturbo, non lo determina».

Nella sua tesi di specializzazione *Studio fenomenologico di un caso di schizofrenia paranoide*, Tatossian scrive che «la nozione di reazione implica che il fatto oggettivo esterno, l'“avvenimento”, abbia funzione di causa scatenante per il comportamento “reattivo”: senza l'avvenimento, la reazione non sarebbe accaduta». Tale definizione di reazione ci pone di fronte ad un modello interpretativo che riduce la persona e i suoi sentimenti ad un organismo psicofisico soltanto un po' più sofisticato e complesso rispetto al movimento degli ingranaggi di un orologio.

VI. CONCLUSIONI

In ambito clinico l'atteggiamento fenomenologico può essere di aiuto a conservare, sviluppare, esercitare una coscienza critica intorno al fenomeno (in questo caso, il *mobbing*), facendone cogliere la complessità e mettendo in guardia rispetto a conclusioni affrettate, favorendo «una speciale apertura all'esperienza personale» (Calvi).

Nell'analisi delle modalità di comparsa e di manifestazione di vissuti paranoicali scaturiti in situazioni di *mobbing* ho appositamente messo tra parentesi l'esigenza di incasellamento nosografico di queste forme all'interno dei sistemi nosografici attuali, per evitare di scivolare nella tendenza alla «crescente “patologizzazione” del comportamento quotidiano» (Kutchins e Kirk). Nonostante alcuni aspetti in comune avvicininio la persona soggetta a *mobbing* al delirio paranoico (spazialità, ricorso al medico come “mezzo utile per”, ecc.), nella prima assistiamo al saldo mantenimento della continuità biografica. In effetti Lucio mantiene il senso della continuità della propria biografia e, anche se preoccupato per le vicende lavorative, rimane un padre di famiglia premuroso nei confronti dei figli e della moglie. La progressiva dissoluzione della fiducia e familiarità in ambito lavorativo non fa quindi sentire Lucio in un vicolo cieco senza alcuna alternativa.

Nel delirio paranoico, di converso, osserviamo una radicale distorsione e alienazione biografica (Lantéri-Laura, 1987) ovvero un «blocco, un pesticcio sul posto della storicizzazione biografica» (Tatossian, 1996). Nel mondo paranoico si verifica il prevalere di una stabile «tematizzazione dell'esistenza a vantaggio di un unico tema: la riparazione del torto subito, la preservazione della salute corporea, la dimostrazione dell'infedeltà del coniuge» (*ibid.*).

Tenendo presente come la biografia sia riformulata e assoggettata al vissuto delirante, l'esistenza paranoica appare allora contrassegnata da un “non poter essere altrimenti”, che trova espressione nelle parole di

un paranoico che – in occasione di un recente colloquio – manifestava con disperazione l’ineluttabilità della propria condizione di vita, affermando in modo accorato di «essere come un treno sopra ad un binario della ferrovia. O percorro il binario senza alcun minimo cambiamento di direzione, oppure deraglio! Non ho nessuna possibilità di decisione...».

Minkowski riconosce come le reazioni preparanoiche, alle quali potremmo ricondurre il disagio della persona soggetta a *mobbing*, «hanno effettivamente qualcosa in comune con il mondo paranoico, con la differenza però che sono reazioni destinate a durare solo per un certo tempo» e, come un temporale estivo, a lasciare il tempo che trovano.

Possiamo quindi pensare che le modalità paranoicali che trovano espressività in alcune persone tormentate/tartassate ricordano quelle forme di «reazioni paranoicali banali, più psicopatiche che psicotiche, possibili nelle persone paranoiche ma in verità anche in ogni essere umano» (Tatossian, 1996).

Inoltre, l’atteggiamento del tartassato/tormentato è prevalentemente di tipo astenico: il suo è un soffrire in silenzio, un chiudersi al mondo circostante, un subire passivo i soprusi subìti, mentre è ben nota la combattività e l’istanza rivendicativa del paranoico.

Sono dell’idea che queste riflessioni intorno al fenomeno mobbing possano darci indicazioni sulle modalità con cui entrare in relazione con persone con vissuti paranoicali.

La certificazione, per quanto anodina possa essere, permette a Lucio una “*accréditation sociale*”, “un riconoscimento sociale” (Del Pistoia, 2005) che ri-apre e facilita la ritessitura di una dimensione relazionale dialogica. Inoltre, la necessità di ottenere la certificazione porta Lucio a confrontarsi con una persona, uno psichiatra in carne ed ossa disponibile ad ascoltarlo, e non più con una sorda e impersonale istituzione.

Al di là della certificazione, il presentarsi ai colloqui stabiliti rappresenta di per se stesso un “atto parlante” (Sassolas) che esprime l’esigenza da parte del paziente di esser ascoltato. È proprio nel corso degli incontri che è possibile aiutare la persona con vissuti paranoicali a passare dall’esigenza di essere ascoltati, espressa il più delle volte sotto forma di monologo, ad un’apertura al dialogo, in cui le parole pronunciate si intrecciano con intervalli di silenzio che favoriscono l’ascolto e la partecipazione.

Nell’immaginario collettivo lo psichiatra viene tratteggiato in due versioni apparentemente contrapposte: quella del medico dotato della valigetta con le “straordinarie” iniezioni che sedano e trasformano i leoni in agnellini e quella dell’ipnotizzatore tramite le parole.

L'azione prodigiosa, quasi magica, delle parole dello psichiatra nello sciogliere anche le situazioni più drammatiche, viene ricordata da Kretschmer nel suo celeberrimo testo sulle personalità sensitive: «[...] il suo stato è rimasto stazionario ancora per nove giorni. Non abbiamo rintracciato, malgrado osservazioni e minuziose ricerche, né allucinazioni, né illusioni. Poi, tutto questo stato minacciante cambia bruscamente. Il malato inizia a parlare di una o l'altra delle sue rappresentazioni deliranti; per lo meno, comincia a discuterne; l'umore collerico si riduce; tre o quattro giorni più tardi il malato manifesta una coscienza completa della propria malattia [...]».

Non so se il parlare («Facci una chiaccherata», secondo l'invito canzonatorio di alcuni nostri colleghi in occasione della richiesta di consulenze) sia il nostro compito principale e se, insieme all'ascolto delle parole del paziente, sia di per se stesso terapeutico: in ogni modo la persona che abbiamo di fronte nel momento in cui si rende disponibile per il colloquio manifesta un gesto di fiducia, fiducia non tanto di ascoltare le nostre "chiacchiere", quanto fiducia che noi ci troviamo nella disposizione d'animo di ascoltare le sue.

Sta allora a noi non tradire questa fiducia, offerta dal paranoico spesso *sotto* e *tra* le righe di un dialogo appena iniziato.

BIBLIOGRAFIA

- Callieri B.: *La prospettiva fenomenologica come presupposto all'incontro psicoterapeutico*. INFORMAZIONE PSICOTERAPIA COUNSELLING FENOMENOLOGIA, 2003, 1: 6-11
- ... : *Corpo, esistenze, mondi. Per una psicopatologia fenomenologica*, a cura di Gilberto Di Petta. Edizioni Universitarie Romane, 2007
- Callieri B., Castellani A. e De Vincentiis G.: *Lineamenti di una psicopatologia fenomenologica*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1972; ristampa a cura di Callieri B., Di Petta G. e Maldonato M., Guida, Napoli, 1999
- Calvi L.: *Un invito alla visione eidetica*, ne *Il tempo dell'altro significato. Esercizi fenomenologici di uno psichiatra*, pp. 39-45. Mimesis, Milano, 2005
- Del Pistoia L.: *L'expérience du corps vécu dans la paranoïa*. EVOL. PSYCHIATR., 2005, 70: 232-332
- ... : *Storia del concetto di Paranoia: epistemologia, psicopatologia e clinica*, in *Saggi fenomenologici. Psicopatologia, clinica, epistemologia*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2008
- Ey H.: *La position de la psychiatrie dans le cadre des sciences médicales. La notion de "maladie mentale"*, in *Etudes psychiatriques*. Desclée de Brouwer, Paris, 1948-1954

- Kretschmer E.: *Paranoïa et sensibilité. Contribution au problème de la paranoïa et à la théorie du caractère*. PUF, Paris, 1963
- Kutchins H. e Kirk S.A.: *Making us crazy*. The Free Press, New York, 1997. Tr. it. di C. Giampà Cavaggioni, a cura di C. Colombo: *Ci fanno passare per matti. DSM: la bibbia della psichiatria e la creazione dei disturbi mentali*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2003
- Lantéri-Laura G.: *La verità in psichiatria e la verità nella psicoanalisi*, in Verdiglione A.: *La verità*. Feltrinelli, Milano, 1972
- ... : *L'alienazione biografica nei deliri cronici* (1987), in *Sapere, fare, saper-fare in psichiatria: psicopatologia, clinica ed epistemologia*. Fioriti, Roma, 2007
- Minkowski E.: *Traité de psychopathologie*. PUF, Paris, 1966. Tr. it.: *Trattato di psicopatologia*. Feltrinelli, Milano, 1973
- Sassolas M.: *La psychose à rebrousse-poil*. Erès, Ramonville Saint-Agne, 1997. Tr. it.: *Terapia delle psicosi. La funzione curante in psichiatria*. Borla, Roma, 2001
- Tatossian A.: *Etude phénoménologique d'un cas de schizophrénie paranoïde* (1957), in *Psychiatrie phénoménologique*. Laboratoires Lundbeck, Etim, Paris, 1997
- Tatossian A.: *La plainte*. PSYCHOLOGIE MEDICALE, 1989, 21: 283-285. Tr. it.: *Il lamento*. PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA, 2001, vol. 38, fasc. I
- ... : *L'interprétation paranoïaque*. L'ART DU COMPRENDRE, 1996, 5-6: 192-197. Tr. it.: *L'interpretazione paranoica*. PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA, 2001, vol. 38, fasc. I

Dr. Giampaolo Di Piazza
Via del Porrione, 54
I-53100 Siena

Testo presentato il 15 Giugno 2007 al VII Corso Residenziale di Psicopatologia Fenomenologica di Figline Valdarno (Fi)