

IL RIPRISTINO DEL NOI

G. CASTIGNOLI

*A Bruno Callieri
Psicopatologo del noi*

La clinica delle psicosi trova nel ripristino di una soddisfacente predisposizione intersoggettiva uno dei momenti più qualificanti dell'impegno terapeutico. Questa semplice constatazione risulta condivisibile e poi applicabile al paradigma dell'intervento precoce, quando si assuma che la frattura del mondo coesistitivo si offre quale elemento di salienza tanto per l'autismo pre-schizofrenico, quanto per la perplessità pre-psicotica.

È risaputo che, da alcuni anni, la ricerca psicopatologica studia la difettualità ontologica del sé vulnerabile alla schizofrenia attraverso l'analisi di alcuni fenomeni che precedono l'esperienza psicotica.

Nella rinnovata visione di un disturbo schizofrenico che si fonda sui disordini del sé basico, il declino delle competenze del sé pre-tematico acquista rilievo di organizzatore psicopatologico della trasformazione della coscienza. I disturbi del senso di presenza (ipseità), del rapporto con l'altro (intersoggettività) e della connessione intenzionale con il mondo (senso comune) costituiscono i pilastri di una triade, già definita vulnerabilità autistica. Ciò si riflette in una perdita di sintonizzazione della coscienza precategoriale ed impedisce un fluido scorrere delle esperienze organizzate in prima persona, coagulate attorno ad un nucleo identitario. Impone inoltre uno sganciamento dall'abituale naturalità di evidenza con gli oggetti ed una spinta verso la dissocialità.

Il tema della difettosa costituzione dell'altro viene descritto anche in termini di evolutività, potendosi individuare una progressione di esperienze che trascorrono in sequenza.

Ecco che al primitivo, naturale *attunement* intersoggettivo, in grado di donare un immediato sentimento di confidenza, fa seguito una perdita della confidenza che può caratterizzare la dissocialità, non declinabile solo nei termini di disturbata cognitivà sociale o di difettuale teoria della mente. A sua volta la non confidenza si distingue – essendone probabile preludio – dall'esperienza di diffidenza, terreno matriciale per la persecutorietà ed il ritiro sociale.

Notoriamente sé e altro si trovano ad essere co-costruiti nella formazione di una coppia, che continuamente vede riverberarsi un riflesso da un polo ad un altro. Una coppia che si riforma nell'ambito del *setting*, tra clinico e paziente, ed ha il primario compito di tentare un ripristino della perdita confidenza. Nella ridefinizione di uno spazio per un noi, nella ricostituzione di un ambito di noità che si candida quale viatico per la riappropriazione di un più confortevole e coeso senso di sé.

È perciò naturale conseguenza ritenere che la cura della psicosi, in ossequio ai modelli di malattia e di mente cui ci si ispira, attenga tanto ad una conoscenza di tipo clinico, quanto ad una conoscenza di tipo antropologico. A tal proposito Blankenburg (1986) ci ricorda che «la forza problematica dell'autismo sta nella modalità stringente con cui obbliga lo psichiatra, che con tale fenomeno si misura, a connettere il punto di vista clinico con la radice antropologica».

Non c'è clinica d'altronde che non presupponga un'analisi della co-presenza, ovverosia della costituzione intersoggettiva dell'incontro tra due persone; ciò si pone a fondamento anche, ovviamente, dell'incontro terapeutico.

La costituzione dell'altro, nell'insegnamento di Bruno Callieri, è il passo fondamentale su cui si fonda la dialettica della prassi psicoterapica degli ultimi venti anni.

Nella sua visione fenomenologica «l'ego presuppone un tu»; e «l'io è preceduto dalla relazione con l'alter ego». «La psichiatria dei fondamenti è l'esserci, l'essere con, *esse est coesse*, il *Dasein* è *mit-Dasein*». Dualità, duità, noità vengono definite “parole chiave” (Callieri, 2004).

Callieri (2010) parla inoltre di

autentico tessuto antropologico dell'intersoggettività, come dimensione costitutiva dell'esserci (o meglio della presenza). [...] Questa dell'intersoggettività [...] è l'unica possibile dimensione d'integrazione della storia soggettiva, [...] dell'autistico narcisismo di base (Svrakic), per la costituzione del Noi (della luberia-

na Wirheit), del Noi che non è solo il luogo di nascita altergoico (Schutz) del sociale, ma è anche e soprattutto il luogo antropologico e neopsicoanalitico dell'incontro [...], dell'empatia (E. Stein), dell'Altro. [...] Qui invero il soggetto, in quanto si istituisce in dialogo, supera i confini dell'io, costituendosi in intersoggettività, oltrepassando la distruttività insita nel deterioro sociale odierno.

D'altro canto – conferma Sini (1985) – «non si dà interiorità che non presupponga, per il suo stesso costituirsi, il dialogo interumano, l'intersoggettività».

È nell'evanescenza della struttura pretematica della coscienza che la fragile disposizione intersoggettiva mostra il suo aspetto più problematico.

Se lo studio fenomenologico della corporeità presuppone che la mente sia incarnata e che non si possa concepire un sé che non sia corporeo, la condivisione della realtà nei presupposti dell'intersoggettività e del mondo comune si declinerà di conseguenza come intercorporeità.

Lapidario, Stanghellini ci rammenta che «è il corpo e non la mente disincarnata, che domina la scena dell'intersoggettività» (2006).

In effetti «ci si muove nel mondo (azioni e percezioni) in relazione all'avere un corpo e si pensa in base all'esperienza corporea» (Gallagher, Zahavi, 2009). Tale esperienza, normalmente vissuta in modo tacito nella prospettiva di prima persona, viene turbata nella globale evanescenza delle strutture della coscienza pretematica del sé nel disturbo schizofrenico. Questo avviene a partire dalle fasi precocissime del disturbo, quando i fenomeni che portano alla metamorfosi della coscienza non hanno ancora trovato una tematizzazione deliroide.

Il sé ontologicamente fragile rivela quindi la propria vulnerabilità attraverso il costituirsi di una distanza, che compromette il vivere in modo preriflessivo la propria coscienza incarnata.

L'approccio clinico ai disturbi del *basic-self*, che riflettono questa vulnerabilità prepsicotica, offre la possibilità di osservare percorsi evolutivi assai diversi.

Se è sufficientemente assodato che la transizione verso la schizofrenia è preceduta, favorita e modellata da esperienze anomale del sé che riflettono la rottura dell'accordo pretematico della coscienza del *minimal self*, poco si dice sulla possibilità che tali fenomeni basilari abbiano a disturbare la coscienza anche in condizioni psicotiche non definibili come schizofreniche (vedi psicosi transitorie o sindromi psicoorganiche). Fino a considerare l'esplosione di *breakdown* improvvisi, quand'anche insorgenti su un terreno anamnesticamente neutro.

Pur dovendo affrontare questo tema con delicatezza e prudenza, nella necessità di un conforto da parte della ricerca psicopatologica circa le esperienze prodromiche delle psicosi iperacute, si può avanzare l'ipotesi che la vulnerabilità della coscienza preriflessiva del sé básico abbia a manifestare un'evoluitività clinica molto varia. Potendo dare vita alla transizione verso la psicosi in tempi brevissimi, brevi, medi o lunghi.

Propongo che possa essere definita una sorta di "resilienza" autistica alla psicosi, tanto più efficace quanto più è lungo il tempo di preparazione alla scompensazione psicotica. Il termine resilienza – è implicito – viene qui usato in modo non convenzionale; rimandando il concetto di resilienza in effetti alla capacità che possiede un sistema dinamico di resistere e sopportare un evento disturbante e quindi continuare a svilupparsi in un modo sano.

Tale "competenza resiliente" arriva alla sua più piena espressione nelle condizioni paucisintomatiche; quando il riorientamento esistenziale nella vita autistica non trova vie di tematizzazione predicativa.

Si esprimeva a proposito Barison (1993):

La tumultuosità della produzione di esperienze allucinatorie dell'esperienza di fine del mondo, di Wahnstimmung, andrebbe intesa come una specie di reazione all'irrompere improvviso della schizofrenicità, cioè un modo di vivere del tutto diverso da ogni altro, e che sconvolge il rapporto con gli altri. Questa produttività sintomatologica non compare nel decorso lento, senza per questo collocarla nei sintomi negativi, quando il paziente ha il tempo di apprendere quella specie di compromesso con l'ambiente che è la completa chiusura autistica.

Con quale atteggiamento il clinico si può avvicinare a questo tipo di pazienti? Soprattutto, quale tipo di ascolto è necessario? Quali prospettive si aprono nel campo dell'incontro?

È opportuno considerare che avvicinarsi all'autismo «significa porsi tra indicibilità e ascolto» (Muscatello, Scudellari); «è così che l'incomunicabilità dell'autismo diventa messaggio non appena trova uno spazio di ascolto. Un tale punto di vista sottolinea la funzione "maieutica" più che "investigativa"» (*ibidem*).

Ne consegue che è l'atmosfera dell'accoglimento nell'ascolto che può fungere da viatico per il recupero della parola e per il ripristino di una competenza narrativa.

Ricordando che spesso l'esperienza trasmessa dalla vulnerabilità autistica chiede di essere ascoltata, non interpretata.

È ancora attraverso le parole di Callieri (2010) che riprendiamo l'immagine di un Io non monadico, ma sempre teso e connesso con il mondo, un io costituzionalmente mondano:

[...] Non è un Io nudo, pre-mondano, avulso dal contesto, ma è un Io che è-per, che è-con, che è-contro, che è-sopra, che è-alla-mercé-di, quindi mai un Io extramondano, neppure nei casi più estremi di disturbo autistico o catatonico o di arresto depressivo: sempre un Io-linguaggio.

Quest'attitudine mondana viene offesa nella condizione premorbosa:

Il sé [normalmente] si perde nell'esperienza interpersonale; la dimensione dell'interpersonalità è distrutta nel pre-schizofrenico. (Callieri, 2004)

Nell'affacciarci dunque all'incontro clinico ci si può porre questo quesito: chi ci troviamo di fronte? Sempre rimanendo alle parole di Callieri, possiamo rispondere che ci troviamo di fronte ad una persona che è dotata di un'irripetibile singolarità e di una sua realtà alteregoica. Forse il quesito potrebbe essere riformulato, adottando una prospettiva più panoramica: che scena ci troviamo di fronte? Meglio ancora, comprendendo il peso della nostra presenza: di quale scena siamo compartecipi? Allora la risposta illuminerà una situazione che vede presenti due persone dotate di una irripetibile singolarità e di una propria realtà alteregoica. Ma, di questi, uno è un clinico e si muove sulla scorta di precognizioni, tra le quali vi è l'idea di malattia: che idea abbiamo della psicosi, della schizofrenia, della vulnerabilità autistica, della perplessità? Che idea abbiamo circa la possibilità di interloquire con il paziente a riguardo delle esperienze che segnano la primitiva metamorfosi della coscienza? Che idee abbiamo circa l'approccio da tenere quando entrambi, paziente e operatore, sono senza parole?

Il diario che segue descrive l'incontro tra due persone che si trovano ad affrontare, in una condizione di perplessità angosciata e confusa, la rarefazione delle strutture della corporeità e della reciprocità motoria interindividuale.

Si tratta di un esempio paradigmatico, ancorché estremizzato dalla condizione di acuzie, data da una grave disorganizzazione della coscienza e conseguentemente del linguaggio e della condotta.

Si rappresenta l'esperienza di un'ora con la paziente G., degente in SPDC. In un'apparente, grave condizione d'incoerenza ideativa.

La paziente è al letto, confusa, verbigerante, incline a non comunicare; non risponde, né incrocia lo sguardo dell'interlocutore, rifiuta di assumere cibo e terapia. È sera, nel momento in cui viene servita la cena ai degenti: l'assunzione del cibo è in questo caso combinata con la somministrazione del farmaco, il cui assorbimento pertiene all'introito di un numero minimo di calorie.

Ci si trova perciò in un'*impasse*. Vengo chiamato in modo brusco ed affannato dal personale infermieristico, che soffre di un senso di impotenza nel non poter ottenere alcuna collaborazione ed alcun riscontro nel contatto interpersonale.

G. presenta una grave dissociazione ideica; non riesce a costruire frasi, ma ripete con tono alto e senso di angoscia nomi propri o "Aiuto!", mezze frasi: «Lo faccio per mio marito». Ripete anche in modo ecolalico ciò che sente.

È chiaramente un linguaggio che riflette in modo palese l'impossibilità del pensiero d'organizzarsi verso una qualsiasi conclusione.

Nell'affrontare una generica riduzione della sovra-stimolazione sensoriale, che ipotizzo affligga la paziente, chiedo che venga tolta la contenzione, che siamo lasciati soli e che venga socchiusa la porta della stanza.

Talvolta G. intesse giochi di parole costruendo sequenze per assonanza, scadendo spesso nel turpiloquio: «Signora sono il medico» – cerco ingenuamente di presentificare me stesso all'altro –, e lei: «Medico..., paramedico..., paraculo».

Non riesco ad intercettare la sua comunicazione, essendo vissuto solo come un disturbo passeggero.

Di tanto in tanto lei ferma la verbigerazione, per il resto quasi incessante, per respirare in modo superficiale e accelerato, "simil-dispnoico". È un atto caricato e ripetuto, apparentemente intenzionale, non dovuto ad alcun disturbo della ventilazione, né interpretabile come tachipnea psicogena. Si avvicina quindi al volto dell'interlocutore trascurando le abituali modalità di rispetto dello spazio interpersonale per alitare. Mi imbarazza e infastidisce.

Che cosa significa questo alitare vicino? Mi dà il suo respiro? Mi fa sentire il suo alito? Vuole provocare una mia reazione di allontanamento?

Ricorda in quest'atteggiamento la curiosità esibita dei pazienti psicotici cronici dei manicomi o dei pazienti acuti in reparto, imposta in modo apparentemente provocatorio, disinibito e minaccioso al visitatore esterno: una specie di bizzarra autopresentazione che spesso costringe al ritiro l'ospite sorpreso o lascia indifferente l'operatore smaliziato. Tale atteggiamento rimane indirizzato comunque a persone non conosciute dal paziente.

Il respirare in modo affannato a pochi centimetri dal mio viso rappresenta un primo gesto che invita ad una revisione globale ed immediata della mia presenza corporea: costringe l'operatore ad una forzata ricognizione del proprio corpo, preso in causa perché invaso nella sua territorialità privata e perché chiamato ad un frontale corpo a corpo.

Cerco di ripristinare una comunicazione fatta di scambi verbali e visivi, ma i tentativi di entrare in contatto risultano infruttuosi. La paziente riesce solo a rispondere in modo oppositivo quando è forzata ad esprimere un parere circa gli inviti ad alimentarsi e ad assumere la terapia.

Tale negativismo sembra non rispondere ad una logica di riottosità ostile, quanto ad un inconsapevole bisogno di non essere ostacolata in un faticoso recupero del significato.

L'incontro clinico spesso è un incontro mancato, come capita negli psicotici, negli psicopatici, nei pre-dementi – dice Callieri, che prosegue (2004):

L'incontro mancato deve costituire una realtà inevitabile, per la quale lo psicopatologo deve essere preparato, che deve corrispondere al restare interdetti. Più ci si impegna con l'altro, più si deve tollerare l'essere interdetti.

L'interlocutore, impotente, allora decide di usare il corpo toccando le braccia della paziente e poi prendendo le sue mani. Queste immediatamente catturano con una presa forte quelle del medico.

Di nuovo questi perde direttività: è la paziente che controlla, trattiene, dirige.

G. comincia allora ad usare il corpo del medico; squalificato prima ad oggetto quasi inanimato, viene impiegato poi come preziosa coperta per la propria angoscia.

Sembra aver trovato un'"utensilità" del corpo attraverso tentativi esplorativi, toccamenti incerti e ciechi, nati forse dalla necessità di controllo del gesto dell'altro per difendersene. Trovata una protezione, la paziente mostra un interesse possessivo, cupido, ma non sessuato.

Quest'attività esplorativa pare procedere per tappe e sembra richiamare il concetto husserliano di passaggio da doppio ad alter-ego; in tale transizione si ipotizza la presenza di uno sviluppo genetico tra io, doppio e alter-ego.

Rappresentandosi quindi un processo, che consente uno sviluppo che va dal doppio all'altro. In sostanza, prima si sperimenta un corpo, poi lo si percepisce come estraneo, infine in esso s'individua un simile.

Il medico registra fastidio e pena, senso di soffocante limitazione. Viene usato, ma non ascoltato, perde temporaneamente sia la possibilità

di esercitare il suo ruolo professionale, sia la possibilità d'interloquire come persona: soffre di una penosa spersonalizzazione.

Il fastidio si traduce in un moto di stizza che chiama al recupero di una distanza: si libera della presa e si mette a sedere di fronte alla paziente, che riesce, un po' tranquillizzata, a coricarsi nel letto.

Ciò serve a tranquillizzare anche l'operatore, grazie al ripristino di uno spazio interpersonale più sicuro.

Attraversata da numerose interferenze, che trovano immediata eco nella verbigerazione, senza filtri inibitori (la luce che filtra dalle finestre, quella proiettata dal neon, i suoni provenienti dal corridoio, l'interruttore sulla parete), la paziente sembra continuare ad ignorare l'interlocutore, ora più silente, in posizione di attesa.

Ma progressivamente lo recupera. Gli occhi chiusi, talvolta a palpebre appena socchiuse, controlla i movimenti dell'interlocutore; allora la verbigerazione cessa in attesa di un riscontro, in ascolto di un *input* proveniente dall'altro.

Sono i primi segnali del riaccoglimento dell'altro: la paziente quasi a voler dire: «So che ci sei, tra un po' ti parlo».

In questo marasma angosciato si ha l'impressione che G. sia al contempo in un altrove (e che quindi non possa essere presente né a sé, né all'altro) e nel qui e ora della situazione, della quale apparentemente seleziona solo stimoli circoscritti, frammenti periferici di una scena complessa, di cui non sa cogliere una coerenza d'insieme. Non sa, non può, non vuole?

Il lento ritorno a una reciprocità, ovverosia ad un riconoscimento della presenza dell'altro e allo stesso tempo di sé con l'altro, sembra passare attraverso una ricognizione della presenza corporea.

Si schermisce ripetutamente, con un linguaggio sempre piuttosto disorganizzato, degli umori e dei rumori che il corpo produce (o che, in effetti, non produce) al cospetto dell'altro. Riesce a parlare dei propri capelli, lunghissimi – cui, sappiamo, tiene molto –, nei giorni successivi anche oggetto di un radicale trattamento antipediculosi e di un taglio “conservativo”, ma doloroso. Cerca e controlla di sottocchi la posizione e l'atteggiamento del medico, rassicurandosi che non si allontani da lei e rimanga vicino al letto. Sembra con ciò, in apparenza, che si possa ricomporre un clima di corretta disposizione intersoggettiva, al livello della reciprocità intercorporea; ma accade qualcosa di strano, in modo ripetuto ed insistito.

La paziente si trova ad eseguire con rapidità, immediatezza, apparente automatismo, i medesimi gesti compiuti dal proprio interlocutore. Lo fa in maniera precisa, speculare. La cosa è molto vistosa: si tocca il naso quando lo fa il terapeuta, si sostiene il mento, accavalla le gambe e

le rimette a posto, si raschia la gola, ammicca con gli occhi, atteggia la mimica facciale in modo identico al mio.

Il che assume del grottesco, quasi imponesse la mia gestica e la mia mimica al progredire e mutare del suo atteggiamento corporeo e mentale.

Un'esaltazione forzata del mimetismo super impone quindi la mia presenza corporea alla sua.

Un altro elemento grottesco e per me penoso è quello di costringermi a considerare me stesso e qualsiasi abbozzo di espressività somatica, quindi mentale, come forzatamente influenzante l'altro.

Mi sento invasore dell'intimità della paziente.

Questa non agisce un rispecchiamento mimetico in un modo direttamente, univocamente e consapevolmente intenzionale, bensì subisce le stimolazioni del prossimo, i cui atteggiamenti motori devono essere replicati, turbando e complicando il corso già precario dei propri atti intenzionali.

Io mi trovo a dover riconsiderare una volta ancora la mia presenza: prima non visto, né considerato, quindi riconosciuto nel corpo e solo in quello, poi usato come corpo-coperta (un corpo deanimato), infine oggetto di penosa imitazione e impostore (come colui che si impone ed al contempo inganna).

Tutto questo ricorda l'esempio del "pappagallo": quando un bambino ripete per gioco le parole dell'altro sottraendosi alla reciprocità degli scambi conversazionali, come freddo e inaccessibile specchio riflettente. Nella farsa del pappagallo, che viene protratta nell'intento di sollecitare il nostro fastidio, perdiamo tanto l'altro che ci "fa il verso", quanto noi stessi, imitati, ma non ascoltati.

Interrogata sul ripetersi di questo atteggiamento, la paziente nega di compiere gesti per imitazione e sembra sinceramente sorpresa dal quesito postole.

In seguito, già molto misurato, sia nell'espressione verbale, sia in quella gestuale, mi trovo a congelare la mia presenza nel tentativo di ridurre ancor di più lo spazio occupato nell'interlocuzione con la paziente.

Così recita il punto 3.9 della scala EASE che descrive un'esperienza anomala del sé nell'ambito del dominio dei vissuti corporei con la definizione "Esperienza mimetica" (Risonanza tra movimenti propri e degli altri):

Il paziente avverte movimenti apparenti ("pseudo-movimenti") di persone e oggetti (attualmente presenti nel suo campo percettivo), in particolare quando è egli stesso in movimento. Per questo egli tende spesso a muoversi poco o a rimanere fermo. Il movi-

mento apparente può coinvolgere per primo il paziente o l'oggetto/persona percepito od entrambi simultaneamente, ed il paziente avverte un collegamento singolare tra i due. (trad. mia)

La persona cui si riferisce l'esperienza mimetica, quale espressione di anomala esperienza del sé nell'ambito del vissuto corporeo, sono io, lo psichiatra. Dunque, l'*item* della EASE attiene alla mia esperienza.

Sono leggero, piccolo, silente, fermo. Che cosa rimane di me?

Forse solo l'ascolto e lo sguardo. Questa forzata epochè non è figlia di un avveduto atteggiamento proprio di un clinico attento, bensì viene forzosamente imposta dagli eventi che occupano il campo interindividuale.

Ascolto e sguardo si fanno entrambi acutissimi: sembra accorgersene G. che gradualmente recupera, al contempo, un'immagine più coesa di sé, di me e della situazione. Fino ad esprimere gradualmente migliori capacità di ascolto, migliore organizzazione di pensiero e di linguaggio. Recupera lentamente un discreto rapporto di realtà: mi parla e mi ascolta, accetta di collaborare con il personale di reparto. Si alimenta ed assume le terapie. Non sembra più disorganizzata. Pare meno angosciata.

La sequenza descritta occupa lo spazio d'un'ora circa.

A *posteriori* sembra ricordare quell'incontro; il giorno dopo è ospite nello studio della caposala che, molto attenta ed accogliente verso la paziente, mi riferirà di una propria esperienza di depersonalizzazione al cospetto della malata. Questa, sentito che la caposala mi stava telefonando, chiede di potermi parlare. La comunicazione telefonica rivela uno scadimento della coscienza ad una condizione di disorganizzazione, ma rimangono nelle richieste, pur formulate in modo disarticolato, il senso della passata vicinanza e dell'intesa emotiva.

È attraverso l'osservazione e lo studio della reciprocità mimetica che possiamo comprendere qualcosa del mistero della psicosi; ci dice Grivois (2007):

C'est par le biais plus général de l'interindividualité et de la réciprocité humaine qu'on abordera maintenant la psychose. L'homme qui devient fou révèle, par sa folie même, une partie essentielle de vérité sur l'homme.

La ricerca del contatto con l'altro, che si smarrisca in quelle condizioni di "schizofrenica intonazione di base" (Callieri, 2008), prevede un'immersione in un'atmosfera altra, ove si perdono le coordinate del senso comune (da qui la necessità dell'epochè), ma si perdono tempora-

mente anche le basi su cui poggia la costituzione della presenza e della copresenza.

Fino all'annientamento, nelle condizioni prossime alla perplessità, della propria corporeità.

Ecco che l'immersione in quel nulla della forma, che ha dato fondamento alla perplessità della paziente, ha fatto sì che la mia presenza corporea incappasse in un mutamento e transitasse attraverso stadi differenti.

Li rivediamo così descritti in sequenza: assenza corporea - presenza solo fisica - corpo oggetto, deanimato - corpo imitato, deanimato - corpo animato, immobile - corpo animato, mobile.

Ancora una volta sentiamo forte il richiamo delle intuizioni di Callieri (2010), cui dobbiamo i più alti riferimenti in tema di fenomenologia della perplessità, laddove si precisa che la dissoluzione delle categorie della presenza si rende visibile e viene a smascherare le strutture dell'esser-ci. Ciò che qui proviamo a declinare nel terreno della reciprocità intercorporea.

Tra gli elementi che concorrono a rendere arduo l'incontro con il paziente in acuzie, diamo risalto qui – in conclusione – a due fenomeni.

Il primo attiene all'esperienza di turbamento che deriva al terapeuta, o all'operatore psichiatrico, quando, nel corpo a corpo che viene ingaggiato, si vedono svanire assieme alle strutture del senso comune quelle dell'intercorporeità.

Il secondo attiene ai pregiudizi di ordine medico, psicologico, etico e anche psicopatologico che condizionano l'approccio al perplesso. Ciò che può ostacolare l'avvicinamento alla sofferenza dell'altro, che prima di essere diagnosticata chiede di essere ascoltata.

Grivois ci ammonisce nel non cortocircuitare queste difficoltà di comunicazione con un atteggiamento medico o psicologico, che rischia di compromettere quelle possibilità di comprensione che ci rimangono:

Un gigantesque effort est nécessaire pour surmonter nos premières réactions et ne pas renvoyer systématiquement le patient à son incohérence supposée. La psychiatrie a-t-elle jamais fait cet effort? (ivi)

Il paziente si trova a vivere esperienze che lo richiamano da quello che sembra essere un punto asintotico della vicenda umana, dove il contatto con il prossimo è inquinato da una rivoluzione della normale reciprocità motoria interindividuale e dove letteralmente non si ha a disposizione un codice linguistico per rappresentare tali esperienze.

Il ripristino del noi può essere considerato, dunque, il primo obiettivo della cura. Ciò prevede che il clinico predisponga nell'incontro uno spazio conversazionale, che apparecchi un desco, essendo in grado di soggiornare nel fenomeno, senza pregiudizi.

Che prepari quindi un'area d'incontro, tale da consentire il ripristino di una condivisibilità.

Un luogo ove sia possibile tornare a costituire l'altro e a condividere i significati dei gesti e delle parole.

Ricordando che lo spazio dell'incontro è occupato anche dalla presenza fisica del terapeuta. Il cui corpo s'impone alla scena, quand'anche venga posizionato in modo non ingombrante.

BIBLIOGRAFIA

- Barison F.: *Schizofrenia, Anders e apatia*. PSICH. GEN. E DELL'ETÀ EVOL., 31: 211-216, 1993
- Blankenburg W.: *Autismus*, in *Lexicon der Psychiatrie*, pp. 83-89. Springer, Berlin, 1986
- Callieri B.: *Rapporto tra Selbst e Mente*, lezione del IV Corso residenziale di psicopatologia fenomenologica. Figline Valdarno, 2004 (pro manuscripto)
- ... : *Quando vince l'ombra*. Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2008
- ... : *Riconsiderando il rapporto tra psicoanalisi ed antropologia esistenziale*. COMPRENDRE, 20: 28-38, 2010
- Gallagher S., Zahavi D.: *La mente fenomenologica*. Cortina, Milano, 2009
- Grivois H.: *Parler avec les fous*. La Découverte-Les empêcheurs de penser en rond Ed., Paris, 2007
- Muscatello C.F., Scudellari P.: *Per un'etica dell'ascolto*. COMPRENDRE, 10: 101-108, 2000
- Parnas J., Moller T., Kircher T., Thalbitzer J., Jansson L., Handest P., Zahavi D.: *EASE: Examination of Anomalous Self-Experience*. PSYCHOPATHOLOGY, 38: 236-258, 2005
- Sini C.: *Il silenzio e la parola*. PARADIGMI, 3-7, 143, 1985
- Stanghellini G.: *Psicopatologia del senso comune*. Cortina, Milano, 2006

Dott. Giorgio Castignoli
Via Monviso, 3
I-28040 Dormelletto (No)