

LUDOVICO CAPPELLARI\*

## Psicoanalisi e psichiatria: integrazione e divergenze

Vorrei iniziare questo mio intervento partendo da un richiamo storico che si rifà alla lunga amicizia, durata più di un quarto di secolo, tra S. Freud e L. Binswanger; nel 1956 proprio Binswanger pubblicò un piccolo libro intitolato *Ricordi di Sigmund Freud* in cui raccontò, in modo molto affettivo, la storia della sua corrispondenza con Freud (83 lettere scritte da Freud dall'aprile 1908 al luglio del 1938, in risposta o su sollecitazione di molte lettere dello stesso Binswanger).

Non certo una superficiale conoscenza se si aggiungono, poi, a questa corrispondenza gli incontri diretti avuti dai due protagonisti, che oltre a confermare la loro profonda stima reciproca, confermano anche un'amicizia importante, che permise loro una reciproca profonda conoscenza, condividendo anche dei tragici momenti che caratterizzarono le loro vite (lutti gravissimi e malattie dalla prognosi molto severa).

“Noi abbiamo tenuto fede alla nostra amicizia con spontaneità per un quarto di secolo e non abbiamo avuto bisogno di menarne vanto” (Freud, 1936, in Binswanger, 1956).

Freud e Binswanger rappresentano, a mio avviso, i due pensatori più profondi che la psichiatria del XX secolo abbia dato; l'uno per il genio e la novità del pensiero rappresentato dalla progressiva strutturazione della psicoanalisi come conoscenza della mente umana e come strumento terapeutico, l'altro per la enorme e continua ricerca nel campo della psicosi, che lo portò poi ad elaborare la *Daseinsanalyse* (Analisi della presenza).

Significativo da questo punto di vista è il percorso culturale di L. Binswanger, figlio e nipote di psichiatri, proprietari di una prestigiosa casa di cura privata per malattie mentali situata sul lago di Costanza, struttura che egli stesso diresse per quasi cinquant'anni, dal 1911 al 1956; questa casa di cura diventò famosa in tutta Europa per i suoi metodi terapeutici e molti pazienti vennero inviati anche dalle nazio-

---

\* Direttore DSM AULSS 15 – Regione Veneto.

ni vicine alla ricerca di una terapia per disturbi gravissimi. Alcuni di questi casi vennero più tardi pubblicati da Binswanger entrando nella storia della psichiatria e del trattamento delle psicosi (si ricordi per tutti i casi di Suzanne Urban e di Ellen West).

La formazione basale di Binswanger si era strutturata a Zurigo, all'interno dell'ospedale psichiatrico locale, diretto da Eugen Bleuler. Oltre a questi, senza dubbio un grande psichiatra di formazione classica ma con una rivoluzionaria capacità di leggere il fenomeno della malattia mentale in senso non demenzialista, all'interno dell'ospedale lavorava il giovane Jung, che propose a Binswanger di andare con lui nella prima visita a Freud del 1907.

La psicoanalisi era quindi per Binswanger un punto di riferimento e una fonte inesauribile di conoscenza; contemporaneamente egli sentiva il bisogno di ampliare le proprie conoscenze in modo da permettergli di affrontare psicoterapeuticamente anche casi molto gravi e dalla prognosi incerta.

Non si deve scordare che l'ambito di lavoro in cui Binswanger si trovò ad operare era quello istituzionale, ben diverso, quindi, dal setting caratterizzante la pratica psicoanalitica.

Già nel 1923, con il suo scritto *Sulla fenomenologia*, una vera dichiarazione d'intenti rispetto alla necessità di operare anche in senso psicoterapico avvalendosi non solo di strumenti psicoanalitici, Binswanger chiarisce la sua posizione, il senso della sua ricerca e naturalmente anche la chiara distanza che lo separa dalla psicoanalisi classica.

La fenomenologia, cioè "la scienza di ciò che appare alla coscienza", sarà da allora in poi, e sempre di più dopo che nel 1927 appare l'opera fondamentale di Heidegger *Essere e tempo*, un riferimento costante degli studi di Binswanger, che peraltro tenne sempre a sottolineare l'importanza dei concetti fondamentali della psicoanalisi e della loro importanza all'interno della pratica terapeutica.

Possiamo dire, senza dubbio, che la storia dell'amicizia di questi due grandi psichiatri rappresenta a pieno titolo la storia di due mondi molto diversi ma capaci di continuare a parlarsi, a interrogarsi, anche nel ribadire la discordanza, la distanza che li opponeva, ma fondamentalmente all'interno di una profonda onestà intellettuale.

La storia della psichiatria e della psicoanalisi più recente non ci riserva esempi di così fulgida capacità di conservare il rispetto e la conoscenza dell'altro anche nella differenza del pensiero.

È stato soprattutto a partire dagli anni Settanta, con gli studi di P. Racamier sulla psicoanalisi istituzionale, che in Europa si è assistito ad un progressivo riavvicinamento, pur sempre tra mille difficoltà, tra psicoanalisti operanti a livello privato e servizi pubblici di psichiatria.

L'attività di supervisione di casi clinici, condotta da molti psicoanalisti all'interno dei servizi di psichiatria, è stata per così dire la cerniera che ha permesso di rimettere in contatto questi due mondi, anche se in modo non sistematicamente diffuso e non continuativo nel tempo.

Dall'altra parte dobbiamo chiederci quanto la psicoanalisi, la conoscenza della teoria psicoanalitica e della sua applicazione nella pratica appartengano al bagaglio culturale dei giovani psichiatri di oggi e, come ben chiaro, la risposta è alquanto sconcertante: non sembra essere, nella maggior parte delle Scuole di Psichiatria, così importante che lo psichiatra in formazione debba conoscere, in modo non superficiale e banalizzante, la psicoanalisi e il suo influsso sulle conoscenze dello sviluppo mentale, dei meccanismi di difesa ecc.

Non vi è dubbio, infatti, che a partire dagli anni Novanta abbia ripreso in modo profondo e senza molti contraddittori una visione del disturbo mentale molto caratterizzata da un riduzionismo biologico che, pur non disponendo a tutt'oggi di alcun serio marker in grado di collegare disturbi mentali a specifiche lesioni cerebrali, tuttavia postula e sostiene la diretta rivisitazione del principio di Griesinger che "tutte le malattie mentali sono malattie del cervello".

Parallelamente pensiamo a quanto sia stata dimenticata la lezione psicopatologica di jaspersiana origine, coltivata e sviluppata poi durante tutto il XX secolo da un gruppo di importanti psichiatri fenomenologi, di cui appunto Binswanger fu il più illustre rappresentante.

Quando Binswanger va a definire la psichiatria, non può che definirla come "scienza dell'uomo": "il fondamento e il terreno su cui la psichiatria come scienza autonoma può radicarsi non è né l'anatomia e la fisiologia del cervello, nella biologia, nella psicologia, la caratterologia e tipologie in genere, né ancora la scienza della 'persona', ma l'uomo. A questa parola dal suono in apparenza semplice, ancor oggi non si presta ascolto" (Binswanger, 1992).

Binswanger ha molto chiaro che la psichiatria, come scienza, per conoscere se stessa "deve essere in grado di dare delle risposte significative alle domande fondamentali in base alle quali essa si interroga ed esprime con le parole l'essere che è oggetto del proprio studio" (Molaro, Civita, 2012).

Molte di queste riflessioni saranno raccolte in anni recenti da alcuni tra i più illustri epistemologi della psichiatria; ad esempio, Berrios (2012) scrive che

"come il resto delle discipline comprese nella cultura umana, la psichiatria ha tre componenti: *cornici, contenuti e prescrizioni*. Le cornici sono i riassunti e gli strumenti teoretici, usualmente invisibili a occhio nudo, su cui si fonda la disciplina. Vengono esplicitati raramen-

te e forniscono la base comune sulla quale si conduce l'ordinaria ricerca empirica. I contenuti della psichiatria hanno a che fare con le sue rivendicazioni psicopatologiche descrittive. Esempi tipici sono i profili verbali, la definizione di oggetti elementari quali i deliri o le allucinazioni o di oggetti composti quali i disturbi mentali. Le prescrizioni sono norme o linee guida morali per intervenire e trattare attivamente il soggetto, a volte senza il suo consenso [...]. È molto importante accorgersi che la 'descrizione' dei sintomi e dei disturbi in psichiatria (dalla psicopatologia al *brain imaging*) non può implicare una prescrizione, cioè cosa dovrebbe essere, cosa dobbiamo fare ad altri esseri umani che presentano questi comportamenti. Le prescrizioni non possono venire dedotte dalle descrizioni perché emergono da differenti livelli logici e dalla società.

L'È deriva dalle descrizioni delle scienze; il DOVREBBE da quello che la società vuol fare della situazione di alcuni esseri umani".

È indubbio che la psichiatria, come scienza e come disciplina che si occupa della comprensione e del trattamento dei disturbi mentali, continua a rispecchiarsi nella sua pratica in due livelli operativi e di conoscenza: quello legato all'aspetto più propriamente naturalistico e quello invece più direttamente collegato al concetto di comprensione dei vissuti esperienziali del paziente.

Per ricordare quanto diceva Danilo Cargnello, "lo psichiatra oscilla continuamente nella sua pratica terapeutica tra l'aver qualcosa di fronte e l'essere con qualcuno". Questo che Cargnello ripropone è indissolubilmente legato alla esperienza di ognuno di noi e rimanda continuamente a domande che, si spera, gli psichiatri si facciano continuamente, come ad esempio: "Qual è la natura della conoscenza psichiatrica? Da dove ha origine? Quali sono le sue fonti? Quanto è legittima? Quanto è stabile e durevole? Il linguaggio della psichiatria è indipendente dai valori?" (Berrios, 2012).

È evidente che la psicoanalisi rientra a pieno titolo in tutte queste domande e può in molti casi essere utilizzata per fornire non tanto delle risposte compiute, quanto un richiamo sistematico alla necessità del metodo, dell'ascolto non gravato dall'a-priori demenzialista-kraepeliniano, dalla convinzione che il paziente non è soggetto passivo aggredito da una malattia, ma in qualche modo cerca di opporsi al suo disturbo, così come già postulato da E. Bleuler elaborando il concetto di schizofrenia.

Usando il linguaggio bioniano, si potrebbe dire che l'ascolto "senza memoria né desiderio" si avvicina molto all'epoché fenomenologica, cioè alla rinuncia ad ogni pre-giudizio, che non significa certo rinuncia ai presupposti culturali.

Questa necessità di un avvicinamento tra la psicoanalisi e la psichiatria fu alla base di alcuni volumi scritti da un gruppo di psicoanalisti operanti all'interno della SPI, tra cui mi pare valga la pena ricordare il volume intitolato *Quale psicoanalisi per le psicosi?* (1997), seguito due anni più tardi da *"Psicoanalisi e psichiatria"* che apparve nel 1999 a cura di Berti Ceroni e Correale.

Da quest'ultimo, in particolare, vorrei riportare due frasi che compaiono nell'introduzione di curatori:

"Un aspetto essenziale dell'incrocio tra psicoanalisi psichiatria consiste nella identificazione di un modo di prendersi cura dei pazienti che valorizzi la riattivazione di una direzionalità, una spinta evolutiva, un progetto esistenziale, che dia al paziente e al suo terapeuta la sensazione, se così possiamo chiamarla, di una empatia propulsiva".

"Un altro aspetto essenziale in questo campo riguarda i gruppi: non c'è ormai più nessuno approccio psichiatrico, neanche il più rigidamente biologico, che non tenga in gran conto il gruppo di appartenenza dei pazienti e non alle statistiche fattori gruppi pali che fungano da correttivo della possibile brutalità patologica in cui il paziente può essere inserito. La terapia ambientale nelle sue varie forme, dal residenziale, semiresidenziale, alle varie situazioni riabilitative, fino alle psicoterapie di gruppo in senso stretto, è diventato un punto ineliminabile del tragitto psichiatrico per il paziente difficile" (Berti Ceroni, Correale, 1997).

Vi è anche da dire che la psichiatria italiana ha dovuto fare un lungo percorso per liberarsi dalla prigionia manicomiale, percorso che ha assorbito molte delle sue energie e capacità, talora anche obbligandola al pagamento di un prezzo estremamente elevato: senz'altro il superamento dell'OP è stato, da un lato, l'essere gettati in un mondo senza protezioni, dove i servizi dovevano essere "inventati" da un giorno all'altro, con risorse scarse e prive di formazione specifica; dall'altro lato, è come se vi fosse stata una reazione confusiva all'istituzione, confusiva nel senso di mettere insieme in modo non ordinato, non saper distinguere, confondere appunto i problemi dell'istituzione manicomiale e i saperi viventi al suo interno: in modo banale potremmo dire che ci fu un tentativo, non del tutto inconsapevole, di gettare il bambino insieme all'acqua sporca, nell'illusorio desiderio che uscire dal manicomio significasse la fine della sofferenza mentale e la comparsa di un'era nuova, liberata dalla follia.

Quanto ingenuo o mal congegnato fosse questo tentativo è evidente a tutti: meno evidenti, forse, sono i pessimi risultati cui ha condotto il diniego della malattia e la negazione del sapere psichiatrico.

Forse è anche per questi motivi che l'incrocio tra psichiatria e psicoanalisi, prima evocato nelle parole di Berti Ceroni, è stato talora faticoso, talora impossibile, ma in tante altre occasioni estremamente fecondo.

A mio avviso questo incrociarsi parte sempre dalla considerazione fondamentale espressa da Jaspers nella sua *Psicopatologia generale*, tra comprendere e spiegare, tra la "necessità" della psichiatria di avvicinarsi alla eziologia del disturbo e la imprescindibilità di considerare che la psichiatria si fonda essenzialmente e *in primis* sulle esperienze soggettive del paziente, da cui non può prescindere e su cui si basa la semiologia nel suo progressivo arricchirsi nel corso degli ultimi due secoli; è chiaro, invece, che il metodo psicopatologico risente e ha sempre risentito della modalità con cui ogni società ha tentato di configurare il paradigma comprensivo (o non comprensivo) della follia.

Ciò nonostante, spesso evidentemente in opposizione a queste modalità interpretative, psichiatria e psicoanalisi hanno costituito nel corso del XX secolo un'importante tentativo di non abbandonare la speranza rispetto alla possibilità del comprendere: all'interno della psichiatria è stata la psicopatologia fenomenologica a costituire l'asse portante del tentativo di comprensione dei disturbi mentali più gravi, muovendosi certamente su un altro livello rispetto alla psicoanalisi.

Il livello della psicopatologia fenomenologica è quello del "come", non quello del "perché": ma non per questo si deve pensare che questi due livelli debbano per forza essere in contrasto tra loro; il lavoro psichiatrico nei servizi è un lavoro complesso che richiede competenze complesse, che devono riuscire a trovare una modalità di dialogo operando per un fine comune: questo è il senso ultimo dell'équipe, ed è questo senso che spesso viene coartato all'interno di operazioni riduzionistiche che vorrebbero trasformare l'approccio alla malattia mentale grave in un unico binario, a direzione prestabilita, nella pretesa di una semplificazione che renderebbe la psichiatria oltremodo povera e senza significato.

## Bibliografia

Berrios G. (2012), *Per una nuova epistemologia nella psichiatria*. G. Fioriti, Roma.

Berti Ceroni G., Correale A. (1997), *Psicoanalisi e Psichiatria*. Raffaello Cortina, Milano.

Binswanger L. (1971), *Ricordi di S. Freud*. Astrolabio, Roma.

Binswanger L. (1992), *La psichiatria come scienza dell'uomo*. Ponte alle Grazie, Firenze.

Binswanger L. (2007), *Sulla fenomenologia*. In *Per un'antropologia fenomenologica*. Feltrinelli, Milano.

Molaro A., Civita A. (2012), *Binswanger e Freud*. Raffaello Cortina, Milano.

Tatossian A. (2003), *Fenomenologia della psicosi*. G. Fioriti, Roma.

Ludovico Cappellari  
lodovicocappellari@gmail.com

