Università
Ca'Foscari
Venezia

Corso di Laurea Magistrale

in Scienze Filosofiche

Tesi di Laurea

Ritrovare l'*umano*

Dalla crisi biologistica ad una psichiatria autenticamente fenomenologica attraverso l'esperienza della melanconia

Relatore
Ch. Prof. Emiliano Trizio

Correlatore
Ch. Prof. Gian Luigi Paltrinieri

Laureanda
Camilla Battistutta
Matricola 859371

Anno Accademico
2024 / 2025

Indice

INTRODUZIONE 3
CAPITOLO 1 | LA CRISI SENZA TEMPO DELLA PSICHIATRIA 5
1.1. La natura filosofica della crisi 6
1.2. Le tre dimensioni della crisi 9
1.3. Verso una rifondazione fenomenologica 21
CAPITOLO 2 | FENOMENOLOGIA TRASCENDENTALE E FENOMENOLOGIA ERMENEUTICA: DUE DIVERSI SGUARDI 28
2.1. Il tipo di fenomenologia 29
2.2. Il cuore tematico dell'indagine fenomenologica 33
2.3. La relazione con il mondo nelle due fenomenologie 36
2.4. La concezione della verità 42
CAPITOLO 3 | TRA COSCIENZA ED ESISTENZA: LA MELANCONIA CLINICA COME RIVELATORE DELLE DIFFERENZE FENOMENOLOGICHE IN PSICHIATRIA 47
3.1. Introduzione 47
3.2. La depressione nella psichiatria contemporanea: un concetto problematico 50
3.3. Lo scioglimento della trama temporale della coscienza: una lettura fenomenologico-trascendentale della melanconia clinica 59
3.4. L'esistenza che si ritrae: una lettura fenomenologico-ermeneutica della melanconia clinica 68
3.5. Due fenomenologie, due psichiatrie: il confronto sistematico tra approccio trascendentale ed ermeneutico 79
CAPITOLO 4 | PER UNA PSICHIATRIA AUTENTICAMENTE FENOMENOLOGICA 88
4.1. Le quattro dimensioni operative della diagnosi fenomenologica 89
4.2. Limiti costitutivi e questioni aperte della psichiatria fenomenologica 102
CONCLUSIONE 112
BIBLIOGRAFIA 116
SITOGRAFIA 118

Introduzione

Partendo dall'analisi della crisi della psichiatria contemporanea, la tesi intende contribuire al dibattito sul ruolo e sull'importanza di una rifondazione fenomenologica della psichiatria, esplorando la possibilità di una psichiatria realmente fenomenologica e portando alla luce la riflessione sul tipo di fenomenologia o sull'approccio fenomenologico da adottare, mettendo in relazione le profonde differenze tra la fenomenologia trascendentale husserliana e la fenomenologia ermeneutica heideggeriana.

La crisi della psichiatria, nella prospettiva qui assunta, non si esaurisce in una questione di efficacia terapeutica o di aggiornamento scientifico, ma si radica più profondamente in una perdita del senso stesso della "psichiatria come scienza dell'uomo". L'ipotesi centrale di questo lavoro è che la psichiatria contemporanea nella sua declinazione biologistica abbia trascurato il tema centrale della propria indagine: la soggettività nella sua esperienza vissuta, tanto nella sua dimensione normale quanto in quella patologica.
Questo smarrimento ha determinato una progressiva riduzione biologistica della prassi terapeutica, sempre più fondata su categorizzazioni nosografiche rigide e protocolli farmacologici standardizzati. La sofferenza psichica viene così ridotta a mera disfunzione neurobiologica.

Il lavoro si propone di contribuire al dibattito sulla rifondazione fenomenologica della psichiatria, con particolare attenzione alla chiarificazione preliminare del tipo di fenomenologia su cui tale rifondazione può fondarsi. La questione non è meramente terminologica: le divergenze tra i due principali approcci fenomenologici analizzati comportano implicazioni teoriche, metodologiche e cliniche radicalmente differenti per la comprensione della sofferenza psichica e per l'orientamento della prassi terapeutica.

A tal fine, la tesi assume come caso paradigmatico il fenomeno clinico della melanconia clinica (depressione), considerato emblematico sia della crisi della prassi psichiatrica contemporanea sia della ricchezza ermeneutica offerta da una lettura fenomenologica. La melanconia si presenta come esperienza-limite che mette in questione i confini tra normale e patologico, tra dimensione esistenziale e manifestazione clinica. Proprio questa sua natura liminale rivela l'insufficienza degli schemi nosografici standardizzati e la necessità di un pensiero capace di abitare le soglie, di pensare la sofferenza nella sua ambiguità costitutiva.

Il lavoro intende rispondere alle seguenti domande fondamentali: In che cosa consiste la crisi contemporanea della psichiatria e quali ne sono le radici filosofiche? Che cosa significa fondare la psichiatria sulla fenomenologia e quale fenomenologia? Quali sono le differenze strutturali tra fenomenologia husserliana e heideggeriana, e come esse orientano diversamente la comprensione dell'esperienza psicotica? In che modo la melanconia può fungere da caso clinico paradigmatico per interrogare i limiti della psichiatria biologistica e l'urgenza di una sua rifondazione fenomenologica? Quali strumenti metodologici può offrire una psichiatria fenomenologicamente informata e quali sono i suoi limiti?

Capitolo 1 | La crisi senza tempo della psichiatria

> Se 'alienazione' (*Ent-fremdung*) significa allontanamento dell'uomo da sé, forse non c'è alienazione più grande di quella che oggi l'uomo patisce sotto il potere incontrastato della scienza
>
> U. Galimberti, *Psichiatria e fenomenologia* (1979), p. 22.

Qual è lo statuto epistemologico della psichiatria? Quali sono le fondamenta concettuali e metodologiche su cui essa si regge? In che misura questa disciplina è in grado di interrogarsi criticamente sui propri metodi e sul proprio oggetto di studio? È ancora rilevante il dibattito sulla psichiatria fenomenologica, e come questa si colloca rispetto alla biologia, alle neuroscienze e agli sviluppi recenti della ricerca empirica? Esiste oggi una prassi terapeutica coerente, capace di coniugare conoscenza, diagnosi e cura?

Queste domande restano al centro della riflessione sulla psichiatria contemporanea, una disciplina che appare attraversata da una crisi continua, che investe non solo la pratica clinica e la ricerca medica, ma anche il piano concettuale e filosofico. In letteratura ricorre frequentemente il riferimento a una "crisi" della psichiatria, fenomeno che attraversa la sua storia.

Già all'inizio del Novecento illustri psichiatri come Ludwig Binswanger, Karl Jaspers e Medard Boss, seppur con differenze significative, criticavano l'approccio naturalistico della disciplina, causa di tensioni epistemologiche e metodologiche simili a quelle contemporanee, promuovendo l'approccio fenomenologico. Nella seconda metà del secolo, Franco Basaglia avviava un movimento critico che metteva in discussione l'intero impianto della psichiatria istituzionale, Eugenio Borgna riportava al centro della cura psichiatrica il dialogo terapeutico e Umberto Galimberti si impegnava a diffondere il dibattito sulla visione fenomenologica nelle discipline terapeutiche. La critica prosegue poi fino ai giorni nostri, soprattutto in seguito all'istituzione del recente sistema di classificazione dei disturbi mentali ad opera dell'American Psychiatric Association: il Manuale Diagnostico e Statistico dei

Disturbi Mentali (DSM), strumento ampiamente utilizzato da psichiatri, psicologi e altri professionisti della salute mentale per diagnosticare e classificare i disturbi psichici, arrivato nel 2013 alla quinta edizione. Allen Frances, psichiatra, curatore e membro del comitato che ha redatto le varie edizioni del DSM e i precedenti, ha fortemente criticato la pubblicazione del DSM V, accusando di medicalizzare eccessivamente anche condizioni non patologiche come il lutto[1].

La crisi non costituisce dunque un fenomeno inedito, ma una condizione ricorrente che assume declinazioni diverse a seconda del contesto scientifico, sociale e culturale. Tuttavia, questa ricorrenza non deve essere interpretata come manifestazione del naturale processo di autocritica e perfezionamento che caratterizza ogni disciplina scientifica matura. Ciò che conferisce peculiare significato alla crisi contemporanea è la sua natura: non si tratta più di dibattiti circoscritti a metodologie specifiche o a questioni di efficacia terapeutica, ma di una critica che investe i presupposti concettuali e lo statuto epistemologico stesso della disciplina. È l'impianto concettuale complessivo della psichiatria contemporanea a essere posto in questione, insieme alla legittimità delle sue pretese conoscitive.

1.1. La natura filosofica della crisi

Seguendo la riflessione dello psichiatra fenomenologo Giovanni Stanghellini, l'idea centrale che questo capitolo cerca di sviluppare è che la crisi contemporanea della psichiatria non è primariamente di natura tecnica (ovvero riducibile a inadeguatezze strumentali, diagnostiche), ma filosofica: essa deriva dalla progressiva riduzione dell'esperienza psichica a fenomeno neurobiologico e dall'oblio sistematico delle radici filosofiche che ne costituiscono il fondamento epistemologico.

[1] A. J. Frances, T. Widiger, *Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future*, in "Annual Review of Clinical Psychology", (2012), vol. 8, pp. 109–130, DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102. Frances ha espresso preoccupazioni riguardo all'abbassamento delle soglie diagnostiche, per il rischio di un'iper-diagnosi che può portare a trattamenti inutili o dannosi, nonché a una stigmatizzazione di fenomeni non "patologici". Inoltre, ha criticato la rimozione della clausola di esclusione del lutto nella diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore, temendo che possa comportare la patologizzazione di normali processi di dolore e perdita. https://www.stateofmind.it/2013/11/dsm5-intervista-allen-frances/

Stanghellini sostiene inoltre che la conoscenza e la ricerca psichiatrica e psicopatologica contemporanea sta vivendo un periodo di stagnazione, contrariamente all'incredibile sviluppo e progresso delle neuroscienze e al loro fondamentale contributo alla disciplina[2]. Questa tesi è sostenuta anche da altre figure chiave nel panorama della psichiatria contemporanea come Josef Parnas, Louis A. Sass, e filosofi che si occupano della filosofia della psichiatria come Dan Zahavi.[3] Il motivo centrale di questa situazione è identificato dagli autori citati proprio nelle inadeguatezze concettuali che fondano la disciplina:

> Dimenticando il connubio tra psicopatologia e filosofia si è creduto che l'attuale crisi della psichiatria fosse di natura tecnica, piuttosto che filosofica. Si crede che l'impasse nella ricerca psicopatologica sia conseguenza dell'inadeguatezza delle sonde di rilevazione neuropatologica, e non invece il risultato di inadeguatezze concettuali. Com'è possibile, per esempio, trovare un substrato biologico delle allucinazioni uditivo-verbali fintanto che queste vengono definite come disturbi senso-percettivi (aggirando nozioni-chiave come sé, coscienza, identità, intersoggettività), come se le cause delle allucinazioni fossero da trovare nel sistema percettivo delle persone allucinate?[4]

La riflessione qui condotta parte da questa corretta intuizione della psichiatria fenomenologica contemporanea – ovvero che si tratti di una crisi di natura filosofica – ma se ne discosta nella caratterizzazione specifica dell'oggetto di questa crisi. Non si tratta semplicemente di recuperare una "comprensione filosofica" della psichiatria, come sostiene Stanghellini, quanto piuttosto di riconoscere che la crisi riguarda il concetto stesso di scientificità della psichiatria.

Stanghellini, infatti sostiene che, nella conoscenza psichiatria contemporanea:

> La salute mentale è inquadrata come se fosse una questione tecnica: l'agenda attuale della psichiatria neuroscientifica contemporanea consiste nello stabilire un'attendibile nosografia e linee-guida terapeutiche basate sull'evidenza. La spiegazione basata su algoritmi e alberi decisionali vorrebbe sostituire la comprensione filosofica (esistenziale, sociale, spirituale, etica, politica) della follia[5].

---

[2] *Ibidem*.
[3] J. Parnas, L. A. Sass, D. Zahavi, *Rediscovering Psychopathology: The Epistemology and Phenomenology of the Psychiatric Object*, in "Schizophrenia Bulletin", (2013), vol. 39, n. 2, pp. 270–277, Oxford University Press, DOI: 10.1093/schbul/sbs153.
[4] G. Stanghellini, *Psicopatologia del senso comune*, Milano, Raffaello Cortina Editore, 2006, pp. 45-46.
[5] *Ibidem*.

Ciò che qui si vuole argomentare non è la necessità di una comprensione filosofica accanto alla prassi psichiatrica, ma la necessità di una *rifondazione filosofica* della disciplina stessa. La psichiatria non ha bisogno di diventare più filosofica nel senso di aggiungere una riflessione esistenziale alla sua pratica clinica; ha bisogno di diventare più scientifica nel senso autentico del termine, e questo può avvenire attraverso una fondazione filosofica rigorosa. Solo rifondandola sulla fenomenologia la psichiatria può conseguire un'autentica scientificità che la sottragga al riduzionismo biologistico.

Per comprendere adeguatamente questo passaggio è necessario chiarire il concetto husserliano di "scientificità autentica" delle scienze. Seguendo l'analisi della Crisi delle scienze europee di E. Trizio, la crisi delle scienze secondo Husserl non consiste nella loro inefficacia pratica, ma in una crisi della loro scientificità autentica. Trizio distingue due livelli di scientificità:

1. scientificità "*prima facie*": le scienze funzionano come "tecniche teoriche" che producono risultati validi e progressivi nei loro domini specifici. A questo livello, la psichiatria biologistica produce diagnosi, protocolli terapeutici e risultati clinici misurabili;
2. scientificità *autentica* (*echte Wissenschaftlichkeit*): richiede la chiarificazione filosofica dei propri fondamenti, del senso d'essere del proprio oggetto di indagine (*Seinsinn*) e del senso di verità (*Wahrheitssinn*) delle proprie conoscenze. Una scienza autenticamente scientifica non si limita a produrre risultati, ma comprende criticamente il proprio compito (*Aufgabe*) e il proprio metodo (*Methode*)[6].

Come scrive E. Trizio:

> "Without the elucidation of this sense, they fail to be 'episteme, i.e., scientific knowledge of what is in-itself' [...] They are, at best, 'theoretical techniques,' blindly yielding truths about their subject-matter, while their authentic scientificity [echte Wissenshaftlichkeit], i.e. their task and method remains questionable [fraglich]."[7]

[6] E. Trizio, *What is the Crisis of Western Sciences?,* in "Husserl Studies", 2016.
[7] *Ivi*, p. 19-20.

La psichiatria biologistica contemporanea possiede scientificità *prima facie*: produce diagnosi secondo criteri operazionali, sviluppa protocolli farmacologici efficaci, accumula dati neurobiologici. Tuttavia, ha perduto la comprensione del proprio oggetto specifico: la soggettività sofferente nella sua esperienza vissuta. Il *Seinsinn* del disturbo mentale è divenuto enigmatico: non è più chiaro che cosa sia propriamente un disturbo psichico, quale tipo di realtà lo caratterizzi, come si costituisca nell'esperienza del soggetto.

Questa perdita di chiarezza sul proprio oggetto costituisce precisamente la crisi di scientificità della psichiatria. La disciplina continua a funzionare come tecnica terapeutica, ma ha smarrito la consapevolezza filosofica dei propri presupposti teorici e della natura del proprio dominio di indagine.
In questo senso Husserl ha parlato di "crisi" delle scienze: il dominio specifico dell'essere che esse prendono come oggetto diventa enigmatico. In termini fenomenologici, la crisi consiste nella mancanza di chiarezza riguardo al senso della loro verità e al senso dell'essere che esse indagano[8]. Senza la chiarificazione di questo senso, la psichiatria si comporta come una "tecnica teorica", la quale, sì, produce verità sul proprio oggetto di studio, ma in modo cieco. Questo fatto mette in discussione la loro scientificità più profonda o autentica e, quindi, la loro *vera* crisi.

È proprio a partire dalla crisi della sua scientificità che la psichiatria perde la sua dimensione più propriamente "umana" e la sua comprensione del senso d'essere della follia. La perdita della scientificità autentica comporta, come conseguenza, la riduzione della sofferenza psichica a mera disfunzione biologica e la trasformazione del soggetto sofferente in portatore di sintomi da correggere farmacologicamente.

1.2. Le tre dimensioni della crisi

Una volta chiarito che la crisi della psichiatria contemporanea è una crisi di scientificità autentica, occorre articolare analiticamente i modi in cui tale crisi si

[8] E. Husserl, *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendentale Phänomenologie*, (1954); trad. it. di E. Filippini, (2015), Milano, Il Saggiatore, pp. 77-175.

manifesta. La riflessione condotta fino a questo punto permette di individuare tre dimensioni fondamentali attraverso cui la crisi filosofica della psichiatria si struttura: una dimensione ontologica, una epistemologica e una etico-pratica.
Questa tripartizione costituisce una proposta interpretativa originale di questo lavoro. Sebbene la distinzione tra livelli ontologici, epistemologici e pratici appartenga alla tradizione filosofica in generale e a quella fenomenologica in particolare, la loro applicazione specifica all'analisi della crisi psichiatrica e la caratterizzazione del loro nesso strutturale rappresentano un contributo proprio di questa ricerca. L'indagine sulla crisi della psichiatria biologistica ha infatti rivelato come essa non si collochi unicamente su uno di questi piani, ma investa simultaneamente tutti e tre i livelli.

L'ordine di presentazione delle tre dimensioni – prima ontologica, poi epistemologica, infine etico-pratica – non è casuale, ma risponde ad una necessità teoretica. Come la tradizione fenomenologica insegna, l'ontologia costituisce l'apertura stessa del dominio epistemologico: solo una preliminare chiarificazione del senso d'essere dell'oggetto di studio rende possibile determinare adeguatamente il metodo conoscitivo appropriato per accedervi. È proprio questa dimensione ontologica fondamentale che sfugge alla psichiatria biologistica, determinando il collasso delle altre due dimensioni in una cascata di conseguenze che culmina nella trasformazione della prassi terapeutica.

Queste tre dimensioni non costituiscono ambiti separati o paralleli, ma si configurano come aspetti strutturalmente interconnessi di un unico fenomeno. La *concezione ontologica* dell'essere umano come organismo biologico determina e legittima la *riduzione epistemologica* dell'esperienza psichica a dato neurobiologico; questa riduzione epistemologica, a sua volta, orienta necessariamente una *prassi etico-clinica* che tratta il soggetto sofferente come portatore di disfunzioni da correggere farmacologicamente. È precisamente questo circolo vizioso – dall'ontologia riduttiva all'epistemologia naturalistica fino alla prassi tecnicistica – che caratterizza l'aporia contemporanea della psichiatria e che solo una rifondazione fenomenologica può interrompere, restituendo alla disciplina la possibilità di conseguire un'autentica scientificità.

1.2.1. La dimensione ontologica

La dimensione ontologica della crisi costituisce il livello più radicale e fondamentale dell'*impasse* contemporanea della psichiatria. Come anticipato, è da questo livello che derivano le successive dimensioni epistemologica ed etico-pratica: se la psichiatria ha perduto la comprensione della natura del proprio oggetto di studio, ciò deriva fondamentalmente da una concezione riduttiva dell'essere di cui si occupa, ossia della soggettività che sottende la teoria e la pratica psichiatrica: il soggetto umano.

Il paradigma biologistico dominante, identificando l'essere umano essenzialmente come organismo biologico, ripropone al centro del discorso una visione psicofisica dell'uomo, la quale separa rigidamente corpo e mente, riducendo la mente a epifenomeno del corpo – nel caso della psichiatria, del cervello. L'organismo diventa tutto corpo, con un annesso psichico epifenomenale. L'uomo viene così frammentato in un insieme di sistemi funzionali (neurologico, endocrino, genetico) studiabili attraverso metodologie oggettivanti attuate dalle scienze naturali.

Tale concezione comporta una perdita fondamentale: quella della comprensione fenomenologico-esistenziale della soggettività. Le visioni fenomenologiche di Husserl e Heidegger permettono di comprendere intuitivamente la soggettività e l'esperienza umana nella sua totalità e complessità: non semplicemente come organismo che reagisce a stimoli secondo processi fisiologici, ma come soggettività caratterizzata da una corporeità fenomenologica (*Leib-Körper*), una coscienza temporale, progettualità esistenziale, intenzionalità e apertura al mondo. Ignorando la totalità dell'esperienza umana, si perde la possibilità di comprendere come la sofferenza psichica si radichi nelle strutture fondamentali dell'esistenza umana e non possa essere ridotta a mera disfunzione neurobiologica.

Nella terza parte della *Crisi*, Husserl sviluppa una critica sistematica alla naturalizzazione della psiche operata dalle scienze empiriche moderne. Il processo di naturalizzazione consiste nel trattare la psiche come un oggetto naturale tra gli altri,

localizzabile nel corpo fisico e frammentabile in processi empirici misurabili[9]. Questa riduzione, secondo Husserl, elude radicalmente la natura autentica della soggettività.

La psiche autentica non è un ente nella natura, ma l'unità trascendentale della vita di coscienza (*Bewusstseinsleben*). Essa non può essere ridotta a processi naturali, frammentata in elementi anatomici o fisiologici, né localizzata spazialmente, poiché appartiene al flusso unitario della coscienza vivente (*Erlebnisstrom*). La psiche non è un essere nella natura, ma il polo trascendentale che costituisce il senso di ogni oggettività, compresa quella naturale[10].

Il carattere fondamentale della soggettività psichica è la sua unità monadica. Trattare la psiche come un aggregato di fatti empirici, frammentandola secondo le categorie delle scienze naturali, significa perdere proprio questo carattere unitario che la definisce essenzialmente. La psiche non è riducibile a corpo o a processi biologici perché essa è il soggetto intenzionale che costituisce il mondo, compreso il mondo degli oggetti naturali che la scienza studia. Come unità monadica nella sfera della soggettività pura, la psiche è non-frammentabile in quanto radicata nel tempo vissuto e strutturata dall'intenzionalità.

La soggettività umana possiede inoltre una peculiarità fondamentale che la distingue radicalmente dagli oggetti naturali: essa è intessuta della percezione che ha di se stessa. Concetti come l'autocoscienza e la dimensione riflessiva della vita di coscienza costituiscono un terreno fenomenologico completamente eterogeneo rispetto a quello naturalistico. La psiche si dà a se stessa in modo radicalmente diverso da come gli oggetti naturali si danno alla coscienza: essa è al contempo ciò che esperisce e ciò che si esperisce, costituente e costituita nella riflessione.
Qui emerge con chiarezza la funzione filosofica della fenomenologia trascendentale: restituire alla psiche la sua essenza unitaria contro la frammentazione operata dallo scientismo naturalistico. Solo attraverso una fondazione fenomenologica la psichiatria può recuperare la comprensione della soggettività come unità intenzionale vivente,

[9] E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, cit., pp. 178-375.
[10] *Ibidem*.

sottraendola alla riduzione naturalistica che la trasforma in oggetto spazialmente esteso e causalmente determinato.

La perdita del "senso comune", diagnosticata da Stanghellini, rappresenta una conseguenza diretta di questa riduzione ontologica. La psichiatria biologistica ha progressivamente abbandonato il linguaggio dell'esperienza quotidiana, sostituendolo con un lessico tecnico-scientifico che, pur garantendo precisione terminologica e diagnostica, risulta estraneo al modo in cui i pazienti vivono e narrano la propria sofferenza[11]. Questo scollamento non è meramente comunicativo, ma ontologico: riflette l'incapacità di riconoscere che la malattia mentale è prima di tutto un'esperienza vissuta (*Erlebnis*) che si dispiega nell'orizzonte del mondo-della-vita (*Lebenswelt*), il terreno originario da cui ogni oggettività viene costituita nella coscienza[12]. Il soggetto non è un mero contenitore di sintomi oggettivabili, ma un essere che abita il mondo e costruisce significato attraverso la propria esperienza intenzionale.

Ignorare questa dimensione ontologica fondamentale comporta ulteriori conseguenze teoriche e pratiche. Tra queste, particolarmente rilevante è la tendenza sistematica a patologizzare dimensioni costitutive dell'esistenza umana. Esperienze come l'angoscia, la perdita di senso, crisi identitarie, il dolore e la tristezza esistenziale vengono ricondotte a disfunzioni neurochimiche da correggere farmacologicamente, piuttosto che essere riconosciute come esperienze vissute che manifestano una particolare modalità del soggetto di rapportarsi al mondo.
Dal punto di vista fenomenologico, queste esperienze possono essere comprese come modi in cui il soggetto intenzionale costituisce il significato nel proprio orizzonte vitale – secondo un'interpretazione husserliana – oppure come esistenziali che rivelano modi fondamentali dell'essere-nel-mondo del *Dasein* – secondo un'interpretazione heideggeriana. In entrambi i casi, la loro riduzione a mera disfunzione biologica rappresenta un fraintendimento ontologico che impedisce la comprensione autentica della sofferenza psichica.

[11] G. Stanghellini, *Psicopatologia del senso comune*, cit.
[12] E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, cit.

Il soggetto della psichiatria biologistica diventa così essenzialmente un soggetto *de-soggettivato*, ridotto a portatore di sintomi oggettivabili e misurabili, privato della sua capacità di narrare e dare senso al proprio vissuto, "spersonalizzato"[13] Viene perduta la capacità di accedere al mondo vissuto del paziente attraverso la comprensione empatica e l'intuizione fenomenologica delle strutture essenziali della sua esperienza[14].

In sintesi, la crisi ontologica della psichiatria contemporanea consiste nella sua strutturale incapacità di riconoscere l'essere umano nella sua complessità irriducibile della sua soggettività intenzionale, di comprendere l'esperienza psicotica come fenomeno vissuto piuttosto che come mera disfunzione oggettiva, e di integrare autenticamente la dimensione soggettivo-trascendentale con l'analisi biologica. Questa crisi ontologica, come vedremo, determina necessariamente le successive dimensioni epistemologica ed etico-pratica della crisi complessiva della disciplina.

1.2.2. La dimensione epistemologica

La dimensione epistemologica riguarda i fondamenti della conoscenza psichiatrica e le modalità attraverso cui questa disciplina costruisce il proprio sapere. Come conseguenza diretta della riduzione ontologica precedentemente analizzata, la psichiatria contemporanea ha adottato acriticamente il modello epistemologico delle scienze della natura, misconoscendo la natura costitutivamente ibrida del proprio oggetto di studio.

La psichiatria si presenta come branca della medicina orientata alla spiegazione scientifica delle cause dei fenomeni denominati "malattie mentali", rivendicando fin dalla sua nascita il carattere di impresa razionale, scientifica ed etica, condotta secondo protocolli medici per temperare comportamenti anomali fonte di sofferenza.[15]

[13] G. Stanghellini, *Psicopatologia del senso comune*, cit.
[14] Questi concetti verranno sviluppati nel capitolo 4
[15] I. S. Marková, G. E. Berrios, *The Epistemology of Psychiatry*, (2019), in "Psychopathology", 45(4), disponibile su PubMed, https://doi.org/10.14195/1647-8622_19_4.

Tuttavia, questa autocomprensione trascura una complessità epistemologica fondamentale: la psichiatria non studia oggetti naturali alla stregua della fisica o della chimica, ma fenomeni che appartengono simultaneamente alla dimensione biologica e a quella esistenziale-culturale dell'essere umano.

Il paradigma contemporaneo della conoscenza privilegia infatti le scienze naturali come produttrici di "scienza" e "verità oggettive", mentre le scienze umane vengono relegate alla produzione di "cultura", presumibilmente meno rigorosa e meno oggettiva. Questa dicotomia si rivela tuttavia fallace, in quanto esistono discipline ibride, ovvero discipline che partecipano sia delle scienze naturali sia delle scienze umane. Questa loro natura duale viene molto spesso confusa e non riconosciuta: questo è il caso della psichiatria, la quale presenta una natura costitutivamente ibrida che partecipa simultaneamente di entrambi gli ambiti conoscitivi.

La disciplina psichiatrica comprende infatti tre componenti strutturali interconnesse:

1. La componente **concettuale** include ipotesi, concetti e teorie che costituiscono il fondamento teorico. Questi elementi, prodotti del pensiero e non empiricamente osservabili, costituiscono il punto di partenza necessario per ogni ricerca empirica e determinano l'orizzonte interpretativo entro cui i dati vengono raccolti e compresi. Ad esempio, il concetto stesso di "disturbo mentale" non è un dato empirico ma una costruzione teorica che guida l'osservazione clinica.
2. La componente **clinico-descrittiva** riguarda le conoscenze psicopatologiche, incluse le classificazioni e le definizioni di fenomeni elementari (deliri, allucinazioni) o complessi (schizofrenia, disturbo bipolare). Questa dimensione, pur presentandosi come empiricamente fondata, incorpora inevitabilmente presupposti teorici circa la natura del *normale* e del *patologico*.
3. La componente **prescrittiva** consiste nelle norme e protocolli terapeutici. Queste prescrizioni, pur presentandosi come derivazioni tecniche della conoscenza scientifica, incorporano valutazioni implicite riguardo ciò che costituisce *salute*, *benessere* e *vita desiderabile*[16].

[16] *Ibidem*.

Confinare la psichiatria entro i limiti delle scienze della natura ha prodotto quella perdita di senso che si manifesta nella crisi contemporanea. L'esperienza umana della "follia" non si incontra come un oggetto del mondo naturale, allo stesso modo in cui si può incontrare un albero o un minerale, ma costituisce un fenomeno la cui stessa esistenza e identificazione trascende il mondo fisico: è una determinata entità sociale che decide che certi comportamenti umani sono "anormali", ovvero che si discostano dalla "norma" condivisa. Solo successivamente a questa identificazione sociale e culturale interviene l'indagine medica e tecnica, tramite la quale gli esperti ricercano le cause, gli sviluppi e le circostanze in cui tali comportamenti si manifestano.

Questa sequenza svela due errori fondamentali nell'autocomprensione della psichiatria contemporanea:

1. La dimenticanza della natura del proprio oggetto: l'esperienza umana della "follia" non costituisce un oggetto naturale alla stregua di una disfunzione epatica o di una frattura ossea, ma un fenomeno di natura radicalmente diversa, che si situa all'incrocio tra dimensione biologica, esistenziale, sociale e culturale;
2. La dimenticanza dell'ordine degli eventi: l'analisi biologica segue necessariamente la definizione concettuale di ciò che viene identificato come "anormale"[17].

Queste due dimenticanze rivelano la cecità della psichiatria contemporanea riguardo ai propri fondamenti concettuali e al proprio oggetto di studio. L'esperienza psicotica riguarda innanzitutto la modalità con cui l'essere umano fa esperienza del sé e del mondo; è una possibilità dell'esperienza umana, e in quanto tale necessita di metodi di indagine e comprensione radicalmente diversi da quelli impiegati per gli oggetti del mondo fisico.

Questo oblio ha posto le basi per la naturalizzazione del disturbo mentale. In presenza di comportamenti "anormali", la prassi medica, in modo particolare con l'avvento

[17] *Ibidem*.

delle neuroscienze e delle metodologie di neuroimaging, ha focalizzato le indagini sull'analisi delle differenze riscontrabili nell'attività cerebrale e nei processi neuronali. I disturbi mentali sono così stati studiati, spiegati e classificati sulla base delle anomalie cerebrali che presentavano, ricercandone le cause nel patrimonio genetico e nel funzionamento neurologico.

A conseguenza di questo processo, diverse questioni di importanza fondamentale rimangono al di fuori del campo della conoscenza psichiatrica, e in quanto "esterne" non vengono poste in discussione. Alcune di queste riguardano: la determinazione dell'anormalità e delle soglie oltre cui si può parlare di patologia; la definizione della norma e dei limiti della normalità; il senso clinico e terapeutico di sistemi classificatori rigidi basati prevalentemente su caratteristiche biologiche e genetiche; la capacità di tali sistemi di comprendere la complessità dell'esperienza psicotica; le modalità dell'esperienza umana dalle quali l'esperienza psicotica si discosta per essere definita patologica.

Se i presupposti concettuali dai quali dipendono tutte queste risposte vengono assunti in modo acritico, senza una riflessione filosoficamente rigorosa che ne chiarisca i fondamenti, la psichiatria perde precisamente quella scientificità autentica di cui abbiamo discusso precedentemente. Essa si riduce a tecnica terapeutica, capace di produrre risultati (scientificità *prima facie*), ma cieca rispetto al senso ultimo del proprio oggetto e dei propri metodi (scientificità autentica).
Questa cecità epistemologica non è tuttavia un fenomeno isolato, ma si radica nella concezione ontologica riduttiva dell'essere umano precedentemente analizzata e si traduce, come vedremo, in una prassi clinica problematica.

1.2.3. La dimensione etico-pratica

La dimensione etico-pratica della crisi psichiatrica riguarda il modo problematico in cui la concezione teorica si traduce in prassi clinica e condiziona concretamente le scelte terapeutiche. L'etica non rappresenta un'aggiunta estrinseca alla pratica psichiatrica, ma ne costituisce una dimensione intrinsecamente costitutiva: ogni atto

clinico implica necessariamente una relazione interpersonale caratterizzata da asimmetria, in quanto coinvolge un soggetto in condizione di vulnerabilità e richiede il riconoscimento della sua dignità e della specificità della sua esperienza.

Le problematiche ontologiche ed epistemologiche precedentemente esaminate non rimangono confinate al piano teoretico, ma si manifestano concretamente nelle modalità attraverso cui la sofferenza psichica viene affrontata e "curata". In particolare, l'adozione acritica del modello biologistico genera conseguenze dirette sulla relazione terapeutica, sull'approccio al paziente e sulla concezione stessa della cura.

Come spiega Eugenio Borgna, il paradigma naturalistico ha orientato la ricerca scientifica relativa alle "malattie mentali" verso l'affermazione della tesi sulla "somato-genesi", ovvero sulla loro fondazione somatologica e somatogenetica. Questa concezione si è tradotta in una prassi terapeutica fondata su due convinzioni fondamentali: da un lato, la determinazione genetica dell'esperienza psicotica (tesi basata sull'assolutizzazione della predisposizione genetica allo sviluppo di condizioni quali l'esperienza schizofrenica, malinconica o maniacale); dall'altro, il principio di non-reversibilità, quindi l'impossibilità della "malattia" di essere curata e il suo decorso cronico-degenerativo[18].

Nonostante la ricerca psichiatrica di orientamento fenomenologico abbia dimostrato che l'irreversibilità della condizione psicotica e la sua origine esclusivamente ereditaria non costituiscono le uniche componenti determinanti l'esperienza psicotica, ma rappresentano solo alcuni dei possibili fattori scatenanti che operano sempre in relazione con altre variabili cliniche (come le condizioni ambientali, la conflittualità psicologica individuale, le dinamiche relazionali)[19], la prassi dominante continua a privilegiare l'approccio riduzionistico.

[18] E. Borgna, *Saggio introduttivo* a U. Galimberti, *Psichiatria e fenomenologia* (1789), Milano, Feltrinelli, pp. IX-X.
[19] *Ibidem*.

Il soggetto della psichiatria biologistica non è più concepito come un *Leib*, corpo-vivo, capace di fare esperienza di sé e del mondo, bensì come articolazione meccanica di un apparato fisico (*Körper*) – studiabile oggettivamente dalle neuroscienze – e di un apparato psichico (*Seele*) – lo specchio del funzionamento del *Körper*.

Il *Körper* è il corpo-oggetto, il corpo come cosa fisica estesa nello spazio, studiabile secondo le metodologie delle scienze naturali. È il corpo anatomico, fisiologico, quello che appare nelle immagini di risonanza magnetica ed è descritto dai manuali di neurologia.
Il *Leib*, invece, è il corpo-vivo, il corpo come mi appare nell'esperienza vissuta, il corpo che io sono piuttosto che il corpo che io ho. È il corpo che prova dolore, che si muove intenzionalmente, che esprime emozioni, che entra in risonanza empatica con altri corpi-vissuti. È però fondamentale sottolineare che il *Leib* non è semplicemente il "mio corpo" come lo vivo io soggettivamente, altrimenti sarebbe un fenomeno puramente privato e solipsistico: sarebbe l'unico Leib che posso conoscere al mondo. Esso è il corpo-vivo che si manifesta intersoggettivamente: è quel corpo su cui ha senso dire che qualcosa gli "si mette addosso", che può essere percepito empaticamente dall'altro come corpo senziente, sofferente, desiderante.
Quando un fisioterapista percepisce che un certo movimento fa male al paziente, non sta semplicemente osservando un *Körper* che reagisce a uno stimolo, ma sta cogliendo empaticamente il *Leib* dell'altro nella sua dimensione vissuta.
Nel mondo ci sono corpi-oggetto non viventi, come i tavoli e le pietre, e corpi-viventi, quelli che sono in comunicazione empatica tra loro, che sono soggettivi e intersoggettivi simultaneamente, e che costituiscono la comunità intersoggettiva. Il *Leib* è quindi più appropriatamente traducibile con *soma* – i corpi vivi, quelli che appartengono alla dimensione della corporeità viva e che costituiscono il tessuto dell'intersoggettività.

Rapportarsi terapeuticamente a un apparato organico (*Körper*) o a una struttura psichica oggettivata è profondamente e radicalmente diverso dal rapportarsi a un corpo-vissuto (*Leib*), dotato di una propria vita di coscienza soggettiva, di un proprio orizzonte di mondo, di una propria storia esistenziale. L'oggettivazione clinica operata

dalla psichiatria biologistica impedisce strutturalmente di cogliere la complessità irriducibile delle modalità attraverso cui l'esperienza patologica si manifesta fenomenicamente e si intreccia con la dimensione quotidiana e biografica dell'esistenza. Ne consegue necessariamente una prassi che si limita alla gestione sintomatologica farmacologica, rinunciando programmaticamente a comprendere la sofferenza in termini esistenziali, biografici e relazionali.

La concezione della *cura* come applicazione standardizzata di protocolli *evidence-based* minimizza sistematicamente l'importanza della dimensione relazionale e del riconoscimento intersoggettivo del paziente come *Leib*. Il farmaco diventa progressivamente sostituto della comprensione fenomenologica e del sostegno esistenziale, mentre il dialogo terapeutico diventa una pratica secondaria, opzionale, spesso delegata ad altri professionisti. La dimensione etico-pratica della crisi si manifesta nella tendenza a demandare alla farmacologia funzioni che tradizionalmente appartenevano alla relazione terapeutica: il messaggio implicitamente veicolato è che la sofferenza psichica è essenzialmente un problema tecnico da risolvere attraverso l'applicazione corretta di protocolli clinici.

Un ulteriore elemento critico deriva dall'applicazione della rigida categorizzazione nosografica all'esperienza psicotica. L'esigenza clinica di formulare una diagnosi, finalizzata all'identificazione della strategia terapeutica appropriata, è stata affrontata dalla psichiatria biologistica attraverso l'introduzione dei sistemi classificatori del DSM, caratterizzati da una logica puramente descrittiva e ateoretica. La problematica emerge quando l'articolata e quasi matematica categorizzazione dei sintomi perde il contatto con la complessità irriducibile dell'esperienza della follia, la quale non si presta ad una classificazione meccanica e univoca.

Una determinata esperienza psicotica, pur presentando caratteristiche fenomenologiche comuni tra diversi pazienti che permettono il riconoscimento diagnostico, rimane comunque esperienza vissuta ed irripetibile di una singola soggettività, con tutte le sfumature individuali, biografiche ed esistenziali che sfuggono necessariamente alla categorizzazione standardizzata. Questo costituisce il

limite intrinseco ed invalicabile della classificazione nosografica puramente descrittiva, limite che spesso si traduce in una pratica psichiatrica limitata alla registrazione dei segni evidenti per formulare una diagnosi basata sulla categoria corrispondente nel manuale.

Pur riconoscendo la necessità pratica e clinica della diagnosi in vista dell'eventuale intervento farmacologico appropriato, non è metodologicamente né eticamente sostenibile trascurare sistematicamente l'unicità costitutiva della singola esperienza e dei vissuti irripetibili dei singoli pazienti. Quale comprensione autentica dell'esperienza psicotica può raggiungere una prassi psichiatrica che si limita ad operare un approccio nosografico puramente classificatorio?
Come scrive Binswanger: "[…] noi comprendiamo la follia solo sul fondo [Grund] della nostra comune sorte umana, sul fondo della condition humaine, o, che è lo stesso, se vediamo anche nel folle l'altro uomo [Mit-Mensch]"[20].

In sintesi, la crisi etico-pratica della psichiatria contemporanea si manifesta nella trasformazione del paziente da soggetto sofferente dotato di dignità esistenziale e di una propria storia vissuta a portatore oggettivato di sintomi da correggere farmacologicamente secondo protocolli standardizzati. Questa trasformazione non è un effetto collaterale accidentale, ma la conseguenza necessaria delle riduzioni ontologica ed epistemologica precedentemente analizzate.

1.3. Verso una rifondazione fenomenologica

L'analisi condotta nelle sezioni precedenti ha mostrato come la crisi della psichiatria contemporanea si articoli in tre dimensioni strutturalmente interconnesse – ontologica, epistemologica, etico-pratica – che costituiscono aspetti di un unico fenomeno: la perdita della scientificità autentica derivante dall'adozione acritica del modello delle

[20] L. Binswanger, *Der Mensch in der Psychiatrie*, (1957), tr. ita di B. M. d'Ippolito, *La psichiatria come scienza dell'uomo,* (2013), Milano-Udine, Mimesis, p. 39.

scienze naturali e dal conseguente smarrimento del senso d'essere del proprio oggetto di studio.
La fenomenologia fornisce gli strumenti concettuali non solamente per caratterizzare filosoficamente la natura di questa crisi – come crisi di scientificità autentica nel senso husserliano piuttosto che come mera inadeguatezza tecnica – e per identificarne la radice nel distacco delle scienze positive dalla filosofia come scienza rigorosa dei fondamenti. Essa permette anche e soprattutto di indicare la direzione della soluzione: attraverso una rifondazione fenomenologica che restituisce alla psichiatria la chiarezza sul proprio *Seinsinn*.

In altri termini: la letteratura psichiatrica, non solo contemporanea ma lungo tutto il Novecento, concorda nel riconoscere uno stato di crisi strutturale della disciplina. Tuttavia, è la fenomenologia a fornire gli strumenti filosofici per comprendere adeguatamente la natura profonda di questa crisi, caratterizzandola come crisi della scientificità autentica piuttosto che come semplice insufficienza metodologica. Solo attraverso questa caratterizzazione fenomenologica della crisi diventa possibile pensare rigorosamente la sua risoluzione.

La fenomenologia, quindi, può restituire alla psichiatria la sua scientificità autentica attraverso tre operazioni fondamentali:

1. **chiarifica il senso d'essere dell'esperienza psicotica**: non più mero sintomo neurobiologico oggettivabile, ma modalità peculiare di costituzione del mondo e di esperienza del sé – struttura esistenziale che richiede comprensione fenomenologica prima che spiegazione causale;
2. **esplicita i presupposti teorici**: porta sistematicamente alla luce le assunzioni ontologiche ed epistemologiche implicite e spesso inconsapevoli che operano nella prassi psichiatrica, permettendo una riflessione critica sui fondamenti della disciplina;
3. **permette alla psichiatria di fondarsi in modo autonomo e rigoroso**: non più come applicazione acritica del modello delle scienze naturali ad un soggetto che per sua natura vi resiste, ma come scienza della soggettività che comprende

riflessivamente la specificità irriducibile del proprio oggetto e la conseguente necessità di metodi adeguati.

La diagnosi della crisi contemporanea della psichiatria conduce inevitabilmente alla necessità di una rifondazione epistemologica e metodologica della disciplina. Il terreno su cui la psichiatria deve radicarsi non può essere riconducibile a un approccio univoco: in quanto scienza costitutivamente ibrida, essa richiede un fondamento che sappia integrare rigorosamente le acquisizioni delle neuroscienze all'interno di una comprensione filosoficamente fondata del proprio oggetto di studio. Tutti i saperi sull'essere umano – dalle neuroscienze alla psicologia, dalla sociologia all'antropologia – hanno bisogno di essere compresi filosoficamente nella loro specificità e integrati adeguatamente all'interno di un orizzonte di senso unitario che ne chiarisca le relazioni reciproche e i rispettivi ambiti di validità.

Come scrive Borgna:

> Non c'è altra possibilità di una rifondazione meta-ideologica della psichiatria che non sia quella di considerare l'esperienza psicotica come una possibilità umana […] che fa parte del nostro comune mondo della vita (Lebenswelt) […][21]

L'approccio fenomenologico emerge come il paradigma più adeguato per questa rifondazione, non in opposizione alla ricerca biologica e alle acquisizioni delle neuroscienze, ma come suo fondamento concettuale necessario e ineludibile.

La fenomenologia offre alla psichiatria gli strumenti per recuperare la comprensione della soggettività nella sua originarietà, prima di ogni riduzione naturalistica, al fine di comprendere la condizione umana – tanto nella sua modalità "normale" quanto in quella "psicotica" – nella sua totalità. Continuare a sviluppare una psichiatria fenomenologicamente orientata è di vitale importanza per preservare la ragion d'essere di una psichiatria come scienza dell'esperienza psicotica e dell'essere umano sofferente.

[21] E. Borgna, *Saggio introduttivo* a U. Galimberti, *Psichiatria e fenomenologia*, cit., p. XIX.

Come sosteneva Husserl nella *Crisi*, una scienza autentica (*echte Wissenschaft*) deve fondare la propria legittimità epistemologica attraverso la chiarificazione critica dei propri presupposti concettuali e del proprio oggetto di indagine[22].
Questa prospettiva non implica l'abbandono delle metodologie empiriche, ma la loro necessaria ricollocazione all'interno di un orizzonte di senso filosoficamente fondato. Una psichiatria fenomenologica non è certamente in opposizione allo studio dei "domini sintomatici"[23] o dei fattori neurocomportamentali, anzi permette di sviluppare analisi e concetti trasversali che vanno oltre la semplice etichettatura diagnostica e si concentra sulla comprensione più profonda dell'esperienza vissuta del paziente[24].

La fenomenologia funge da radicamento nella conoscenza certa dei presupposti concettuali e dell'oggetto di studio: costituisce le radici dell'albero del sapere psichiatrico, a partire dalle quali la disciplina può poi procedere, consapevole di ciò che è e di cosa sta indagando, con le proprie metodologie neuroscientifiche specifiche. La tecnica non viene esclusa, ma subordinata alla fondazione fenomenologica e posta in stretto dialogo con essa, che ne orienta l'applicazione e ne delimita il campo di validità.

L'intuizione fondamentale di una fondazione fenomenologica della psichiatria ha attraversato la storia della psichiatria del Novecento attraverso la riflessione di figure centrali della tradizione fenomenologica.
Ludwig Binswanger e Medard Boss, pionieri della psichiatria *daseinsanalitica* (*Daseinsanalyse*), hanno sviluppato un approccio terapeutico fondato sull'analisi fenomenologico-esistenziale che restituisce al paziente la sua dignità costitutiva di soggetto esperiente piuttosto che di oggetto patologico. Binswanger, in particolare, ha

[22] E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, cit.
[23] I "domini sintomatici" sono categorie specifiche di sintomi psicopatologici raggruppati in domini distinti che rappresentano particolari aspetti funzionali o fenomenologici del disturbo psichiatrico. Questi domini simboleggiano insiemi di sintomi correlati che possono attraversare diverse diagnosi e che sono oggetto di studio attraverso approcci fenomenologici e neurobiologici. Consentono di studiare i sintomi psichiatrici in modo più dettagliato e funzionale rispetto alla mera classificazione nosografica tradizionale, permettendo un'analisi trasversale e dimensionale dei sintomi.
[24] Per un approfondimento sulle specifiche del tema rimando all'articolo J. Parnas, L. A. Sass, D. Zahavi, *Rediscovering Psychopathology: The Epistemology and Phenomenology of the Psychiatric Object*, in "Schizophrenia Bulletin", (2013), vol. 39, n. 2, pp. 270–277, Oxford University Press, DOI: 10.1093/schbul/sbs153.

dimostrato attraverso celebri analisi di casi clinici come l'analisi fenomenologica delle strutture esistenziali possa illuminare profondamente la comprensione delle psicosi maniacali e depressive.
Eugenio Borgna ha riportato al centro della cura psichiatrica il dialogo e l'ascolto come modalità di accesso empatico al mondo vissuto del paziente, per una psichiatria che torni a farsi carico della dimensione umana, non come mero oggetto di studio biologico, ma come soggetto che esperisce e dà significato alla propria sofferenza.
Danilo Cargnello ha elaborato una fenomenologia clinica capace di cogliere le alterazioni della struttura temporale nelle esperienze psicotiche.
Più recentemente, Giovanni Stanghellini ha sviluppato una psicopatologia fenomenologica che integra l'analisi delle strutture della coscienza con le acquisizioni della ricerca empirica.
Massimo Ballerini ha mostrato come la comprensione fenomenologica delle allucinazioni permetta di superare i limiti delle spiegazioni puramente neurologiche.

Questi autori, pur nelle loro differenze specifiche, convergono nel riconoscere che l'approccio fenomenologico non costituisce un'alternativa romantica o antiscientifica alla scienza empirica, ma il suo fondamento filosofico indispensabile per conseguire l'autenticità scientifica. La fenomenologia offre alla psichiatria la via per "tornare alle cose stesse" (alle *Sachen selbst* del motto husserliano) ossia ai fenomeni dell'esperienza psicotica così come si manifestano originariamente alla coscienza, prima di ogni interpretazione teorica, nella loro evidenza fenomenica e nella loro immediatezza.

Questo ritorno alle origini fenomeniche permette di superare tanto il riduzionismo biologistico quanto le costruzioni speculative che perdono sistematicamente il contatto con l'esperienza vissuta concreta. L'analisi fenomenologica rivela come l'esperienza psicotica non sia riducibile a mera disfunzione neurobiologica, ma costituisca una particolare modalità del soggetto di costituire intenzionalmente il proprio mondo e di rapportarsi alla realtà.

Tuttavia, l'appello alla fenomenologia non risolve automaticamente la questione della fondazione della psichiatria. La tradizione psichiatrica fenomenologica ha attinto liberamente tanto alla fenomenologia trascendentale di Husserl quanto alla fenomenologia ermeneutica di Heidegger, spesso senza chiarire le differenze teoriche fondamentali tra questi due approcci. Binswanger, ad esempio, ha sviluppato la *Daseinsanalyse* a partire dall'ontologia fondamentale heideggeriana, ma ha simultaneamente utilizzato le analisi husserliane della coscienza interna del tempo e dell'intersoggettività trascendentale fornendo interpretazioni illuminanti e rivoluzionarie sulla depressione e sulla mania[25]. Questa contaminazione metodologica, pur generando intuizioni cliniche indubbiamente preziose, ha prodotto nel tempo una certa confusione teoretica che richiede chiarificazione.

Il problema diventa filosoficamente evidente quando si considera che il motto fenomenologico "alle cose stesse" conduce, in Husserl e Heidegger, a risultati filosofici profondamente diversi.
Per Husserl, il ritorno alle cose stesse significa tornare all'esperienza originaria così come si presenta alla coscienza intenzionale, senza pregiudizi o categorie predeterminate, concentrandosi sulla descrizione dettagliata e rigorosa dei fenomeni nella loro pura evidenza, sospendendo attraverso la riduzione fenomenologica (*epochè*) ogni posizione d'essere ingenua.
Per Heidegger, invece, il motto husserliano diventa un invito a tornare non primariamente all'esperienza della coscienza, ma al modo originario in cui l'essere si manifesta nel mondo. Il ritorno alle cose stesse è quindi un ritorno alla interpretazione ermeneutica dell'Essere-nel-mondo, dove la comprensione è sempre già mediata costitutivamente dalla storicità, dal linguaggio e dall'esistenza concreta del Dasein, e dove non è possibile alcuna riduzione fenomenologica che sospenda questa mediazione.

Queste divergenze non sono meramente terminologiche, ma investono questioni assolutamente centrali per la psichiatria, tra cui la concezione della soggettività, la

[25] L. Binswanger, *Melancholie und Manie*, (1960), trad. it. di M. Marzotto *Melanconia e mania*, (2015), Torino, Bollati Boringhieri.

struttura dell'esperienza, la modalità di accesso all'esperienza dell'altro, il rapporto tr anormale e patologico. Il dibattito sulla rifondazione fenomenologicamente rigorosa della psichiatria non può limitarsi a un richiamo generico e indifferenziato alla "fenomenologia", come se questa costituisse un approccio filosofico unitario e omogeneo, ma deve chiarificare preliminarmente a quale tradizione fenomenologica intende riferirsi, quale approccio metodologico privilegiare oppure se e filosoficamente legittimo adottare una prospettiva metodologicamente "mista" che integri elementi diversi. Da questa scelta cruciale deriveranno conseguenze metodologiche significativamente diverse per la comprensione dell'esperienza psicotica e per l'orientamento della prassi terapeutica. Solo attraverso questa riflessione preliminare sulla natura e sui presupposti dell'approccio fenomenologico da adottare sarà possibile sviluppare una psichiatria fenomenologicamente informata che sia al contempo filosoficamente rigorosa e coerente da un lato, e clinicamente efficace e praticabile dall'altro. È precisamente a questa questione teoretica fondamentale – la chiarificazione delle differenze strutturali tra fenomenologia husserliana e heideggeriana e delle loro implicazioni per la psichiatria – che sarà dedicato il capitolo successivo.

Capitolo 2 | Fenomenologia trascendentale e fenomenologia ermeneutica: due diversi sguardi

Il capitolo precedente ha concluso mostrando come la rifondazione fenomenologica della psichiatria, pur rappresentando la direzione necessaria per il superamento della crisi di scientificità, non possa limitarsi a un appello generico alla "fenomenologia". La tradizione fenomenologica ha generato sviluppi teorici profondamente divergenti che comportano conseguenze metodologiche e cliniche differenti per la comprensione della psichiatria fenomenologica.
La questione diventa quindi: quale fenomenologia? Per comprendere la portata di questo interrogativo e le sue implicazioni per la psichiatria, è necessario chiarire preliminarmente in che senso Edmund Husserl e Martin Heidegger sviluppino due concezioni strutturalmente divergenti di fenomenologia, sia nel metodo che nell'oggetto dell'indagine.

Il presente capitolo si propone di confrontare sistematicamente due modalità fondamentali di intendere e praticare la fenomenologia: quella trascendentale, sviluppata da Edmund Husserl, e quella ermeneutica, elaborata da Martin Heidegger. Queste due prospettive, pur condividendo una comune matrice filosofica, divergono significativamente nella concezione della soggettività, del mondo e delle modalità di accesso ai fenomeni.
Tale confronto non si colloca in un orizzonte puramente storiografico o comparativo, ma risponde ad un'esigenza teoretica ben precisa: chiarire i fondamenti e le divergenze strutturali di questi due approcci al fine di gettare le basi per una riflessione consapevole nell'ambito della psichiatria fenomenologica.

A tal fine, verranno presi in esame solo alcuni nuclei tematici selezionati dei due pensatori, che si rivelano maggiormente significativi per comprendere le implicazioni epistemologiche e metodologiche che emergeranno successivamente nell'analisi fenomenologica della depressione come fenomeno clinico.

Il confronto sarà articolato per punti, allo scopo di evidenziare le linee direttrici lungo le quali le due visioni si distanziano:

1. Il *tipo* di fenomenologia;
2. Il *cuore tematico* dell'indagine fenomenologica di entrambi gli approcci;
3. La *relazione con il mondo* nei due tipi di fenomenologia;
4. La concezione della *verità*.

2.1. Il tipo di fenomenologia

Per comprendere in che senso Husserl e Heidegger sviluppino due concezioni divergenti di fenomenologia, è opportuno iniziare da ciò che ciascuno dei due filosofi intende con questo termine e dal tipo di indagine che esso genera.

La fenomenologia, così come elaborata da Edmund Husserl a partire dalle *Ricerche Logiche* (1900-1901) e sviluppata sistematicamente nelle opere successive, si configura sin dall'inizio come un'indagine trascendentale volta a mettere in luce le strutture costitutive dell'esperienza e i presupposti della soggettività conoscente. La coscienza, intesa come luogo originario della manifestazione del senso, diviene il punto di partenza e al tempo stesso il terreno ultimo di ogni possibile sapere.

Un'annotazione dal diario personale di Husserl del 25 settembre 1906 permette di cogliere immediatamente la natura del compito filosofico fondamentale che egli si assegna:

> In primo luogo nomino il compito generale che devo risolvere per me, se voglio chiamarmi filosofo. Intendo una critica della ragione. […] Ho già abbastanza tratto profitto dai tormenti dell'assenza di chiarezza, del dubbio che tentenna qua e là. Devo pervenire a una interna solidità.[26]

In queste poche righe emerge con estrema chiarezza l'obiettivo del progetto filosofico husserliano, ovvero la costruzione di una "critica della ragione" intesa come indagine radicale della conoscenza e dell'esperienza, al di là di ogni pregiudizio e presupposto

[26] G. Semerari, *Prefazione* a E. Husserl, *La filosofia come scienza rigorosa*, trad. it. di C. Sinigaglia, (2005), Roma-Bari, Laterza.

teoretico o naturale ingenuo. L'edificazione della scienza fenomenologica rappresenta quindi la risposta ad un'urgenza che è al contempo teoretica ed esistenziale: porre una fondazione assoluta oltre la quale non sia possibile spingersi, capace di garantire una conoscenza valida, chiara e apodittica, allontanando definitivamente l'angoscia del dubbio e dell'indeterminatezza.
Questo terreno di fondazione assoluta deve radicare non solo la comprensione filosofica della soggettività, dell'intersoggettività e del mondo, ma anche ogni forma di sapere scientifico, compreso e soprattutto il sapere delle scienze naturali che, come mostrato nel capitolo precedente attraverso l'analisi della *Crisi*, hanno perduto la chiarezza sul proprio senso d'essere e sulla propria autentica scientificità proprio per aver reciso il legame con la filosofia come scienza rigorosa dei fondamenti.

La "via" privilegiata di accesso a tale fondazione ultima è per Husserl la coscienza, più precisamente quella che egli chiamerà *coscienza trascendentale*: il presupposto assoluto di ogni forma di sapere possibile. La funzione primaria e insostituibile della filosofia, intesa fenomenologicamente, è quindi quella di costituirsi come critica radicale della ragione, interrogando le modalità strutturali della coscienza, le sue possibilità, i suoi limiti costitutivi e il suo senso d'essere.

Questa indagine fenomenologica della coscienza trascendentale non si configura tuttavia come un'operazione solipsistica: Husserl è perfettamente consapevole che il lavoro scientifico e teoretico in quanto tale presuppone sempre già un rapporto originario e prescientifico con il mondo – un mondo già da sempre abitato intersoggettivamente e condiviso, un mondo percepito pre-categorialmente che precede ogni oggettivazione scientifica. Che la scienza si basi strutturalmente su un'apertura prescientifica al mondo-della-vita (*Lebenswelt*) è un'acquisizione fondamentale della riflessione husserliana.
Il concetto della *Lebenswelt* permette di portare alla vista del fenomenologo il radicamento della scienza e il suo continuo originarsi dal terreno prescientifico dell'esperienza quotidiana.

La coscienza trascendentale diventa quindi luogo ultimo di fondazione apodittica proprio in virtù della sua natura di luogo di apertura originaria al mondo-della-vita intersoggettivamente condiviso, un mondo già sempre abitato e condiviso[27].

Il movimento metodologico che attraversa costitutivamente l'intera opera e l'indagine husserliana è incarnato dalla ripetizione instancabile dell'esercizio dell'atteggiamento fenomenologico, quell'*epochè* che pone metodicamente fuori gioco "tutte le convinzioni per noi finora valide"[28], quel "sempre di nuovo"[29] (*immer wieder*) che ritorna come formula simbolica del suo progetto filosofico inteso come compito infinito, mai definitivamente compiuto, in continuo progresso e perfezionamento sistematico. Il compito della fenomenologia husserliana si configura quindi essenzialmente nel descrivere rigorosamente le strutture essenziali dell'esperienza così come si danno all'intuizione eidetica, sospendendo attraverso l'*epochè* ogni pretesa d'essere naturale per cogliere i fenomeni nel loro puro darsi alla coscienza. L'ideale metodologico è dunque quello della chiarezza apodittica, della descrizione fedele e rigorosa di ciò che si manifesta originariamente.

Dall'altro lato, il tipo di fenomenologia che Martin Heidegger sviluppa si distingue radicalmente da quello elaborato da Husserl. Già in Essere e Tempo, Heidegger, pur continuando a definire il suo lavoro come "fenomenologico", conferisce al termine *fenomenologia* una connotazione diversa che si distanzia profondamente dal solco della scuola del maestro Husserl.

Partendo dall'analisi semantica delle due parole greche che compongono la parola, *phainòmenon* (ciò che si manifesta) e *logos* (discorso), Heidegger definisce la fenomenologia come *lèghein ta phainòmena*, dove *lèghein* significa *apophàinesthai*,

[27] E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, cit.
[28] E. Husserl, *Cartesianische Meditationen,* (1931), tr. ita di A. Altobrando, (2017), Napoli-Salerno, Orthotes, p. 41.
[29] Husserl impiega più volte l'espressione "sempre di nuovo" ("*immer wieder"*, "*immer aufs neue*") per indicare il carattere intrinsecamente dinamico, mai concluso e costantemente rinnovato della riduzione fenomenologica e dell'indagine filosofica in generale. Ad esempio, in *Idee I* e anche nelle *Meditazioni Cartesiane* afferma la necessità di esercitare la riduzione "sempre di nuovo" per preservarne la radicalità. Anche ne *La crisi delle scienze europee,* Husserl richiama la necessità di ritornare "sempre di nuovo" al mondo della vita per rinnovare il senso delle scienze e della razionalità.

cioè "lasciar vedere da se stesso ciò che si manifesta, così come si manifesta da sé stesso"[30]. Pertanto, il discorso (*logos*) ha quindi la funzione di lasciar vedere qualcosa (*phàinesthai*), che è il qualcosa su cui il discorso verte[31].

La "fenomenologia" di Heidegger "informa esclusivamente sul *come* viene mostrato e trattato *ciò* che costituisce l'oggetto di questa scienza"[32]. Non ci troviamo, dunque, di fronte al tentativo di fondare una nuova scienza fenomenologica, ma allo sforzo di proporre una nuova connotazione della fenomenologia come *metodo d'indagine*. La trasformazione della fenomenologia che Heidegger attua può essere quindi pensata come un radicale ripensamento della fenomenologia husserliana, della quale viene modificato sia il metodo da seguire sia la problematica da trattare.

Per quanto riguarda il tema centrale dell'indagine fenomenologica heideggeriana, se per Husserl la fenomenologia è, in ultima analisi, un'analisi delle strutture trascendentali della coscienza, volta a fondare il sapere e l'esperienza sull'autoevidenza dell'ego trascendentale, per Heidegger il tema centrale dell'indagine diventa il senso dell'essere stesso (*Seinsinn*). Infatti, il problema che sta al centro del pensiero e di tutta l'opera di Heidegger è la questione dell'essere, la quale muove dalla critica heideggeriana alla tradizione metafisica – identificata come dimenticanza dell'essere – e tende verso il rinnovamento della necessità e dell'importanza di riproporre la domanda sull'essere in modo radicale.

La tradizione metafisica, secondo Heidegger, ha mancato di comprendere la questione dell'essere perché essa ha affiancato il problema dell'essere non pensandolo in rapporto al tempo nella sua articolazione di passato, presente e futuro. L'essere è tematizzato in relazione alla dimensione predominante della presenza in quanto è ridotto a essere dell'ente. Si parla infatti di *equazione* di essere e presenza, nella quale l'essere è principalmente ridotto all'essere-presente dell'ente. Ma, essendo il presente solo una delle tre dimensioni del tempo, Heidegger afferma la necessità di considerare l'essere in relazione alla totalità delle articolazioni temporali, in modo tale che esso

[30] M. Heidegger, *Sein und Zeit* (1971), tr. it. *Essere e Tempo*, (2005), Milano, Longanesi, § 7, p. 50.
[31] *Ibidem.*
[32] *Ibidem.*

non sia più inteso unicamente come presenza, e che, in quanto presenza stabile, sottostia al dominio del soggetto. In questo contesto, la temporalità diventa l'orizzonte concettuale entro il quale viene riproposta la questione centrale dell'essere e del suo senso.[33]

Dunque, la fenomenologia così intesa diviene la via di accesso e di determinazione di ciò che costituisce il tema dell'ontologia, ovvero la domanda sull'essere. "L'ontologia è possibile soltanto come fenomenologia."[34] La fenomenologia e l'ontologia, specifica Heidegger, non sono due discipline distinte che fanno parte della filosofia insieme ad altre, ma rappresentano entrambe la filosofia stessa nel suo oggetto e nel suo metodo d'indagine. La filosofia, dunque, è "ontologia universale fenomenologica"[35].

Questa divergenza fondamentale tra fenomenologia husserliana e fenomenologia heideggeriana non è una questione meramente accademica o di storia della filosofia, ma comporta conseguenze radicali per la rifondazione fenomenologica della psichiatria. Se si adotta l'approccio husserliano, l'esperienza psicotica sarà analizzata descrittivamente nelle sue strutture essenziali di coscienza: alterazioni della temporalità vissuta, modificazioni dell'intenzionalità, perturbazioni della sintesi passiva. Se si adotta l'approccio heideggeriano, l'esperienza psicotica sarà interpretata ermeneuticamente come modalità esistenziale dell'essere-nel-mondo: crollo del sistema di rimandi significativi, perdita della progettualità, trasformazione della spazialità vissuta.

2.2. Il cuore tematico dell'indagine fenomenologica

È ora possibile approfondire ciò che potremmo chiamare il "cuore tematico" dell'indagine fenomenologica dei due filosofi: per Husserl, la questione centrale resta quella della soggettività trascendentale e della sua funzione costitutiva; per Heidegger, invece, il fulcro si sposta sull'Esserci come essere-nel-mondo.

---

[33] F. Volpi, *Guida a Heidegger* (2005), Bari-Roma, Editori Laterza, pp. 26-31.
[34] M. Heidegger, *Essere e Tempo*, cit., p. 51.
[35] *Ivi*, p. 54.

Il tentativo husserliano di conquista di un terreno ultimo e fondamentale di validità apodittica su cui edificare l'intero complesso del sapere fenomenologico parte dalla ripresa e rielaborazione critica dell'intuizione cartesiana del *cogito*. L'*ego sum* è assunto da Husserl come punto di partenza, ma, diversamente da Cartesio, viene tematizzato e sviluppato in modo più radicale attraverso lo strumento scettico dell'*epochè*, o riduzione fenomenologica, che pone il filosofo meditante in una condizione di sospensione, di "messa tra parentesi" di ogni presupposto empirico e ogni pregiudizio dato nell'esperienza naturale. A differenza dell'Io cartesiano, il quale resta intrappolato nell'oggettività del mondo, in quanto *una cosa tra le cose mondane*, l'Io husserliano, mediante la riduzione trascendentale, riduce il proprio *Io naturale* e il contenuto della propria vita psichica al proprio *Io trascendental-fenomenologico*: in questo modo "si pone in modo esclusivo come fondamento di validità di ogni validità e di ogni fondamento oggettivo"[36]. La soggettività trascendentale così conquistata diventa condizione di possibilità della costituzione di ogni senso oggettivo.[37] L'ego trascendentale, in quanto soggettività costituente, non è un oggetto tra gli oggetti, ma il centro di una vita intenzionale che dà senso a ciò che esperisce.

L'essere dell'ego trascendentale ha una precedenza conoscitiva nel soggetto, poiché "precede a livello conoscitivo ogni essere oggettivo"[38], in quanto rappresenta il terreno su cui si articola ogni conoscenza oggettiva. Esso diventa origine e sede di ogni esperienza. Attraverso la sua "autoesposizione", l'Io si costituisce e si rivela come origine di senso che si dà a sé nell'esperienza immediata e nel proprio flusso di atti intenzionali.
Solo a partire dallo studio sistematico della soggettività trascendentale e delle sue modalità costitutive con cui esperisce – le strutture della coscienza – è possibile comprendere sé stessi, l'altro e il mondo, così come si manifestano nell'esperienza.

Spostandosi sul versante heideggeriano, si assiste a una trasformazione radicale del quadro teorico: Il punto di partenza non è più l'*ego sum*, ma l'Esserci, il *Dasein*.

[36] E. Husserl, *Meditazioni Cartesiane*, cit., p. 59.
[37] *Ivi*, pp. 41-60.
[38] *Ivi*, p. 61.

L'ontologia fenomenologica di Heidegger muove dall'ermeneutica dell'Esserci (*Dasein*). Il senso di tale affermazione risiede nel fatto che l'indagine sul problema dell'essere inizia con l'analisi dell'Esserci, ovvero quell'ente che noi sempre siamo, il cui essere è sempre mio.[39] L'Esserci diventa il filo conduttore dell'indagine heideggeriana sull'essere in quanto è quell'unico ente che ha la possibilità di sollevare tale questione, in virtù di quel modo d'essere privilegiato che possiede, ovvero quella possibilità d'essere che consiste nel porre il problema e cercare la risposta.

Infatti, in quanto ogni domanda che mira a sapere qualcosa è un interrogare qualcuno, essa ha un suo *cercato* e richiede un *interrogato*. Così, anche la domanda sull'essere ha a sua volta come proprio oggetto l'essere stesso, come proprio *cercato* – quindi ciò a cui la domanda cerca di rispondere - il senso dell'essere e come proprio *interrogato* quell'ente che l'uomo sempre è, il quale è il solo in grado di porsi la domanda: il *Dasein*. Come spiega Heidegger, il domandare, il comprendere, l'afferrare, il volgere lo sguardo verso qualcosa sono tutti modi d'essere dell'ente cercante, dell'Esserci. Il *Dasein*, dunque, ha il primato ontologico nella comprensione della domanda sul senso dell'essere.[40]

Mentre per Husserl la soggettività trascendentale si distingue da ogni altro ente in virtù del suo carattere costituente, in Heidegger l'Esserci si distingue da ogni altro ente per la propria essenza, la quale consiste nel suo "aver-da-essere", che Heidegger indica con il termine *esistenza*.[41] Ciò significa che il *Dasein* è sempre e comunque un rapportarsi al proprio essere, ed esso si rapporta al proprio essere "come alla sua possibilità più propria"[42]. L'Esserci, infatti, è sempre la sua possibilità; questo significa che esso, comprendendosi nel suo essere, si rapporta a questo essere, occupandosi in tal modo della progettazione di tale essere e delle sue possibili realizzazioni: in questo consiste il suo carattere pratico, ovvero il determinarsi come ente "sempre a partire da una possibilità che egli stesso è e che, nel suo essere, in qualche modo comprende"[43].

[39] M. Heidegger, *Essere e Tempo*, cit., § 9.
[40] *Ivi*, § 2.
[41] *Ivi*, § 9.
[42] *Ivi*, p. 61.
[43] *Ivi*, p. 62.

L'esistenza è intesa da Heidegger come qualcosa di radicalmente diverso dal tradizionale significato ontologico di *semplice-presenza*: essa indica la determinazione d'essere attribuibile solo al *Dasein*, la quale designa il suo carattere di apertura. Heidegger usa infatti la parola *existentia*, la quale allude a un *exodus*, una sporgenza (indicata dal prefisso "ek" di "*ek-sistentia*") che proietta l'Esserci al di fuori di sé, nell'apertura che costituisce l'essenza dell'uomo, ovvero l'apertura alla comprensione dell'essere.[44] Il carattere di apertura dell'Esserci è quindi reso possibile dal carattere ek-statico dell'esistenza, che permette di distinguere il *Dasein* da tutti gli altri enti che sono semplicemente-presenti, ma non *esistono*.

L'essenza dell'uomo non consiste più in una definizione razionale o biologica (come *animal rationale*), ma come sporgente dalla condizione animale, in quanto aperta alla comprensione dell'essere.
Questa apertura, che è carattere costitutivo del *Dasein*, è anche apertura al mondo e rappresenta quella costituzione d'essere che Heidegger indica con il termine *essere-nel-mondo*. L'interpretazione dell'Esserci in quanto *essere-nel-mondo* è il cuore tematico dell'analitica esistenziale di Heidegger. Questo concetto non riduce l'Esserci ad una cosa tra le altre nel mondo, e nemmeno lo pensa come l'esser semplicemente-presente di una cosa corporea all'interno di un altro ente semplicemente-presente.
Essere-nel-mondo significa l'ente che io sempre sono (l'ente a cui l'"*in-essere*" appartiene), il quale è sempre nel modo d'essere in cui abita il mondo come qualcosa che gli è familiare in un certo modo.[45]

2.3. La relazione con il mondo nelle due fenomenologie

Il modo in cui la soggettività si rapporta al mondo costituisce uno snodo cruciale dell'intero impianto fenomenologico. La differenza tra le due fenomenologie analizzate non risiede solo in una diversa concezione dell'Io o dell'Esserci, ma si

[44] U. Galimberti, *Psichiatria e Fenomenologia*, cit., p. 209.
[45] M. Heidegger, *Essere e Tempo*, cit., § 14.

esprime soprattutto nel modo in cui ciascuno concepisce la *mondità*, ovvero il senso stesso del mondo e la modalità con cui esso si dà alla soggettività. Per Husserl, il mondo è costituito nella coscienza; per Heidegger, è ciò all'interno del quale l'Esserci è già sempre situato.

Husserl prende radicalmente le distanze dalla concezione della coscienza come una *res*, ovvero come una cosa del mondo da comprendere attraverso la lente del metodo oggettivante utilizzato dalle scienze della natura. La soggettività diventa un insieme di atti che si manifestano nel rapporto con il loro oggetto.
In continuità con la teoria di Brentano, Husserl definisce la coscienza come atto intenzionale, come un "tendere verso" qualcosa con il quale essa si rapporta in modo originario. La soggettività trascendentale è quindi coscienza costituente, della quale l'intenzionalità è la caratteristica primaria e fondamentale, ed è concepita come struttura direzionale originaria del senso.[46] Husserl, nel riconoscere nell'intenzionalità della coscienza il tratto costitutivo fondamentale della soggettività trascendentale, non cerca di comprendere l'Io a partire dal mondo, cioè come un ente tra gli enti, secondo il metodo d'indagine delle scienze naturali. Al contrario, lo coglie in quanto costituente un mondo, in virtù di quell'originaria apertura coscienziale, la quale, grazie alle proprie forme di trascendenza, rende possibile per la soggettività la costituzione dell'essere del mondo.

Analizzare la coscienza significa allora esaminare gli atti intenzionali – gli atti costitutivi della coscienza trascendentale – attraverso cui questa si rapporta ai suoi oggetti, ovvero descrivere i modi del darsi fenomenico del mondo alla coscienza. Tali atti esprimono il carattere trascendente della soggettività, ovvero il suo essere questo puro rapportarsi alle cose. La coscienza, infatti, è trascendenza nel suo stesso atto di costituzione di un senso oggettivo riferendosi ad esso. In questo senso, la soggettività husserliana non può essere oggettivata, ma solo esperita (*erleben*), poiché essa è principio originario di ogni oggettivazione possibile.[47] Ciò significa che la

[46] E. Husserl, *Meditazioni Cartesiane*, cit., pp. 91-99.
[47] E. Husserl, *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie* (1912-1928); tr. it. *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, (1976), Torino, Einaudi, libro I, sezione II, § 2: "Coscienza e realtà naturale", pp. 68-102.

soggettività, nella sua possibilità di cogliersi come sede e fonte di senso nel flusso originario della propria vita intenzionale, è il luogo dell'apparire, non qualcosa che appare tra gli altri oggetti del mondo.

La coscienza si rivela così struttura dinamica, aperta, direzionale, sempre "rivolta verso" qualcosa: è nella relazione intenzionale che il senso si costituisce, e solo all'interno di questa relazione si dà mondo: ogni atto possibile – percezione, immaginazione, ricordo, giudizio – ha un correlato oggettuale verso cui è orientato.
L'analisi fenomenologica-trascendentale degli atti della coscienza, infatti, permette di portare alla luce non soltanto le oggettualità che vengono a costituirsi – i contenuti *noematici* –, ma anche e soprattutto gli atti *noetici* costituenti, i quali sono manifestazione della struttura della soggettività che rappresenta il loro sostrato unitario, ovvero la soggettività trascendentale.

Ogni vissuto intenzionale si riferisce ad un proprio oggetto intenzionale, il quale costituisce ciò che Husserl definisce il *noema*, ovvero il correlato o senso oggettuale a cui si riferisce un atto. Ogni atto di percezione ha un suo *percepito* come tale, ogni ricordo ha un suo *ricordato* come tale, e così via. I modi del ricordo e della percezione sono invece modi della coscienza e rappresentano la *noesi*, ovvero il *cogito* stesso con i suoi modi: gli atti di coscienza.

Noesi e *noema* rappresentano quindi la relazione noematica tra atto intenzionale e contenuto oggettuale, la quale sta alla base della costituzione, della percezione e della relazione con il mondo della soggettività trascendentale. Infatti, non solo la coscienza trascendentale, attraverso i vissuti, è in grado di cogliere un singolo senso oggettuale, ma essa continuamente coglie il mondo come universo che si manifesta sempre come fenomeno unitario e si manifesta in quanto *cogitatum*, ovvero in quanto "contenuto" inteso dai propri atti di coscienza. In altre parole, il mondo che ci appare in quanto tale come contenuto dei nostri vissuti "è sempre co-cosciente nell'unità di una coscienza che può divenire afferrante"[48].

[48] E. Husserl, *Meditazioni Cartesiane*, cit., p. 71.

Non si tratta, per Husserl, di negare l'esistenza del mondo, ma di sospenderne ogni presupposto, per analizzare il modo in cui esso appare. Il mondo non è un contenuto tra altri, bensì l'orizzonte unitario e costante entro cui si dispiega l'intero vivere naturale. Esso è colto in modo trascendentale nel flusso della coscienza: è *co-intenzionato*, sempre già presente nell'unità sintetica della soggettività. La coscienza non è, quindi, parte di mondo: è ciò grazie a cui il mondo può darsi.

In questa prospettiva, il soggetto husserliano non è isolato, bensì è sempre in originaria relazione al mondo. È da qui che Husserl giunge a tematizzare il concetto di mondo della vita (*Lebenswelt*), come sfondo pre-scientifico e originario di ogni esperienza. La soggettività non costituisce il mondo dal nulla, ma a partire da un orizzonte di senso già vissuto, che precede ogni teorizzazione. L'atteggiamento teoretico è estremamente artificiale, in opposizione all'atteggiamento naturale.

Heidegger, dall'altro lato, propone un'impostazione significativamente differente. L'Esserci non è responsabile della costituzione del mondo, bensì è colui che è-nel-mondo. Il rapporto con il mondo non è un'aggiunta alla sua essenza, ma è la sua essenza stessa. L'Esserci esiste in quanto è già da sempre situato e gettato in una realtà che lo precede e lo interroga. Non si ha prima un soggetto e poi un mondo: vi è, originariamente, un essere-nel-mondo, una struttura esistenziale che caratterizza l'uomo come apertura all'essere.

L'Esserci, quindi, esiste in quanto essere-nel-mondo, ovvero, esiste in quanto è questa relazione originaria con il mondo. Soltanto in virtù di questa costituzione essenziale, l'Esserci può "avere un mondo" e scoprire l'ente che incontra in esso.

Il termine "mondo" non allude all'insieme delle cose naturali, gli enti fisici semplicemente-presenti all'interno del mondo (significato *ontico*), né alla comunità degli uomini, ma si riferisce a ciò che si dischiude al *Dasein*, a ciò per cui all'Esserci si dà un mondo circostante (*Umwelt*), il mondo-ambiente più prossimo all'Esserci quotidiano, e un mondo comune (*Mitwelt*) condiviso con gli altri. Il concetto di "mondo" è inteso ontologicamente come *mondità,* ovvero come "struttura di un

momento costitutivo dell'essere-nel-mondo"[49]. Questa espressione si riferisce quindi sempre ad una modalità d'essere del *Dasein*, non ad un modo d'essere dell'ente semplicemente-presente "nel" mondo.

L'Esserci, dunque, è essere-nel-mondo in virtù dell'essenza del suo essere, quindi dell'esistenza, la quale allude alla trascendenza del *Dasein*, a questo suo essere sempre fuori di sé. Per questo motivo, al *Dasein* si dischiude un mondo come progetto di sé e delle sue possibilità, il quale è possibile (il progettarsi) proprio in virtù della sua gettatezza nel mondo: la situazione in cui il *Dasein* si trova gettato nel mondo rende possibile e condiziona allo stesso tempo il suo progetto di mondo.

In quanto gettato e in quanto esistenza progettantesi, il *Dasein* non si occupa del mondo, ma consiste in questa occupazione, in quanto si trova già dall'inizio in questa relazione originaria dovuta alla sua gettatezza. Il mondo è ciò che pre-occupa l'Esserci, in quanto esso si trova già da sempre in questo rapporto originario col mondo, prima ancora di poter comprendere questa relazione. Questa pre-occupazione del mondo è un esistenziale a cui Heidegger dà il nome di *cura* (*Sorge*)[50].

Essere-nel-mondo è quindi la denominazione della struttura originaria e fondamentale che definisce l'Esserci e che lo differenzia ontologicamente rispetto a ogni altro ente semplicemente-presente, il quale, chiuso nella sua struttura, non ha propriamente un mondo, in quanto non gli appartengono la struttura del progettarsi, della trascendenza e della cura.

Tutto ciò significa che il *Dasein* abita il mondo prima ancora di tematizzarlo. Dapprima il *Dasein* si trova, nella sua condizione di gettatezza, in relazione originaria con il mondo che abita e di cui si prende cura; solo in seguito il mondo può divenire oggetto di conoscenza.
Heidegger sostiene che prima di ogni comprensione concettuale o teorica del mondo, il *Dasein* si trova in una situazione emotiva (*Befindlichkeit)*, la quale *apre* il mondo in

[49] M. Heidegger, *Essere e Tempo*, cit., p. 86.
[50] Ivi, § 12.

un certo modo. L'ente non si mostra mai "in sé", ma sempre secondo un certo "come", modulato dalla tonalità affettiva in cui l'Esserci si trova gettato. Con "situazione emotiva" non si intende l'elaborazione psicologica dello stato emotivo, ma il fenomeno emotivo come *esistenziale,* come "modo di essere originario in cui l'Esserci è già aperto a sé stesso *prima* di ogni conoscere e volere e *al di là* della portata del loro aprire"[51].

La struttura ontologico-esistenziale del *Dasein* allude quindi a questa apertura che Heidegger chiamerà anche "radura" (*Lichtung*): l'Esserci è la sua apertura esistenziale, che è apertura all'essere. L'apertura del *Dasein* al mondo è sempre già affettiva, prima ancora di essere possibilità di conoscenza: prima di capire, si sente. La situazione emotiva non apre solamente "l'Esserci al suo esser-gettato e al suo esser-rimesso a quel mondo che gli è già sempre aperto insieme al suo essere", ma è anche quella modalità d'essere "in cui l'Esserci si abbandona costantemente al mondo e viene affetto da esso"[52].

Heidegger specifica che è proprio in questa modalità di coglimento emotivamente tonalizzata del mondo che l'ente utilizzabile o più prossimo si mostra nella sua specifica mondità, la quale, quindi non è mai la stessa, ma è influenzata dalla situazione emotiva. Ad esempio, un ente che è nella situazione emotiva della paura coglierà l'ente intramondano come minaccioso.[53]

Dunque, l'Esserci è questa *radura*, questo spazio di manifestazione in cui il mondo si mostra secondo modalità mai neutre, sempre situate, temporali e affettive. Non si tratta quindi di descrivere il mondo così come appare, ma di comprendere la struttura ontologica che rende possibile il suo apparire. È questa la svolta ermeneutica che distingue in modo radicale la fenomenologia heideggeriana, la quale non consiste più nell'analisi delle modalità del dato, ma una comprensione dell'essere a partire dall'esistenza.

---

[51] *Ivi*, p. 169.
[52] *Ivi*, p. 173.
[53] *Ivi*, p. 171.

2.4. La concezione della verità

La diversa comprensione del rapporto soggetto-mondo nei due autori rende evidente il divario ontologico ed epistemologico che li separa. Tuttavia, questa divergenza metodologica e tematica si riflette anche in un'altra nozione centrale dell'indagine fenomenologica: quella di verità. Quale rapporto sussiste, per Husserl e Heidegger, tra verità e fenomeno?

La questione della verità assume una valenza privilegiata in entrambe le fenomenologie, pur declinandosi secondo prospettive radicalmente differenti. In Husserl, la verità è innanzitutto legata all'idea di evidenza come modalità fondamentale di manifestazione del fenomeno, mentre in Heidegger si opera una decisa rottura con la tradizionale nozione corrispondentista di verità, riconducendola al concetto originario di *alètheia*, il non-nascondimento.

Per Husserl, la verità è inscindibilmente legata al concetto di evidenza, quel fenomeno originario universale della vita intenzionale che indica la modalità di coscienza dell'auto-darsi di una cosa o di uno stato di cose "nella modalità finale [*im Endmodus*] dell'esser dato "in prima persona" ["*Selbst da*"], "immediatamente intuibile […]"[54]. È un "esser-presso qualcosa", un guardare, intuire la cosa stessa. Questa autodatità non è un semplice dato esterno recepito passivamente, ma un evento intenzionale in cui la coscienza si rivolge attivamente verso un oggetto o contenuto, riconoscendolo come autenticamente presente.

Più precisamente, l'evidenza si realizza come un processo dinamico di "riempimento" o "conferma" dell'atto intenzionale. Inizialmente la coscienza compie un atto significativo, cioè si dirige verso un oggetto in modalità ancora generica; solo successivamente tale intenzione si riempie della presenza effettiva dell'oggetto intuitivamente dato, in quella che Husserl chiama *intuizione piena*.[55]

[54] E. Husserl, *Meditazioni Cartesiane*, cit., p. 92.
[55] *Ivi*, pp. 91-99.

In altri termini, l'evidenza non è un semplice aspetto fenomenico del manifestarsi, ma è la condizione immanente di legittimazione e validità dell'oggetto per la soggettività conoscente. Qualcosa è *vero* nella misura in cui si dà con quella pienezza e chiarezza che lo rendono immediatamente accessibile e confermato dalla coscienza. Solo così esso ha per l'Io senso autentico e stabile, il titolo di "veritiero esser-così".[56]

La verità, in Husserl, non è quindi una mera corrispondenza tra un giudizio e una realtà esterna indipendente, ma si fonda sull'esperienza vissuta, sulla intenzionalità della coscienza che struttura e costituisce il senso dell'oggetto.

La terza delle *Meditazioni Cartesiane*[57] è decisiva in questo ambito, poiché Husserl vi introduce il tema della costituzione fenomenologica della realtà e del senso. Qui la verità emerge come un processo dinamico, per cui la coscienza attiva mediante i propri atti intenzionali una relazione costitutiva con il mondo e i suoi oggetti, rendendo possibile la genesi e il riconoscimento del senso e della realtà. Husserl chiarisce che la verità non può essere ridotta a un accordo esterno (come nella tradizionale teoria della corrispondenza), ma deve essere vista come il risultato di un processo di costituzione fenomenologica, in cui ciò che si manifesta è sempre connesso al modo in cui la coscienza lo esperisce e lo struttura.

Questa prospettiva esclude due forme di errori epistemologici: da un lato rigetta l'idea ingenua che la verità consista nella mera corrispondenza casuale con un mondo esterno indipendente; dall'altro, impedisce un relativismo soggettivistico, poiché la verità si fonda sull'evidenza che è accessibile universalmente nell'esperienza pura e ridotta della coscienza trascendentale.

In questo processo, la soggettività trascendentale husserliana è attiva e costitutiva: non è un mero spettatore, ma l'agente fondamentale che apre e fonda la possibilità stessa della conoscenza e dell'esperienza. La realtà e la verità sono pertanto fenomeni di senso che si costituiscono nell'orizzonte intenzionale della coscienza, che ne

[56] *Ivi*, p. 95.
[57] *Ivi*, pp. 91-99.

garantisce la solidità e universalità attraverso l'evidenza. La verità diventa così esperienza evidente e vissuta, in cui il senso si dà nel suo esser-così fenomenico. Il mondo e l'esperienza di esso diventano l'idea correlativa di una completa evidenza d'esperienza.[58]

Heidegger, d'altro canto, riformula radicalmente il concetto tradizionale di verità, superando la sua riduzione a mera correttezza del giudizio e recuperando il senso originario greco di *alètheia*, che significa "disvelamento" o "non-nascondimento". Heidegger puntualizza che la definizione tradizionale di verità come *adaequatio intellectus et rei*, cioè come corrispondenza tra intelligenza ed ente, è solamente il punto di partenza della domanda sulla verità, non già la risposta.[59]

La verità, secondo Heidegger, si dà solo nella misura in cui l'ente si manifesta, ossia nel disvelamento e nel non-nascondimento (*alètheia*) dell'ente stesso.[60] Essa non è una semplice proprietà di un enunciato o di un giudizio, ma un evento ontologico che si realizza nell'apertura originaria del *Dasein* all'essere. Infatti, "Esser-vero in quanto esser-scoprente è un modo di essere dell'Esserci […] lo scoprire è un modo di essere dell'essere-nel-mondo."[61]

Il prendersi cura orientato all'ambiente scopre l'ente intramondano, il quale "si fa allora scoperto"[62]. Heidegger precisa che l'Esserci, in questo senso, è primariamente nella verità come essere-scoprente, mentre l'ente intramondano è "vero" (*wahre*) solo in senso derivato, quale stato di scoprimento, non di scoperta attiva[63]. L'esser-scoperto dell'ente intramondano si fonda nell'apertura al mondo, che è il modo fondamentale del *Dasein*: è proprio questa apertura a costituire il fondamento più originario della verità, in cui l'Esserci dimora nella verità per la sua struttura ontologica come essere-

[58] *Ibidem*.
[59] M. Heidegger, *Essere e Tempo*, cit., pp. 260-264.
[60] *Ivi*, pp. 265-267.
[61] *Ivi*, p. 266.
[62] *Ibidem*.
[63] *Ibidem*.

già-in-un-mondo (avanti-a-sé), gettato e proteso nell'ente intramondano, portando in sé l'esser-scoperto.[64]

Tuttavia, questa verità non è totalizzante o semplice: il *Dasein* è sempre anche "nella non verità", perché la sua apertura può essere velata, smarrita o contraffatta nella dimensione inautentica della quotidianità, divenendo persa nel "Si" (*Man*) impersonale. Solo contrastando questa condizione di "deiezione" e frequente "non verità", l'Esserci può riappropriarsi consapevolmente del proprio essere aperto e della verità originaria che contiene.[65]

La verità, quindi, si configura come un processo dinamico e continuo, una lotta costante tra il disvelamento autentico e il nascondimento o la falsificazione dell'essere. È un processo attivo e mai concluso, in cui l'Esserci deve costantemente riappropriarsi della propria apertura originaria contro il predominio del modo di essere impersonale e della contraffazione del mondo. Essa rappresenta un "esser-scoperto" che va strappato all'"esser-nascosto", un processo di svelamento continuo che coinvolge tutta l'esistenza umana, un evento storico, situato e mediato linguisticamente. Il linguaggio è definito da Heidegger non come semplice strumento di comunicazione, ma come "la casa dell'essere"[66], il luogo ontologico fondamentale dove si realizza il disvelamento dell'essere e dove l'uomo esiste nella sua dimensione più profonda e autentica.

Tale concezione della verità emerge come evento che dipende dalle forme storiche e culturali in cui il *Dasein* è immerso, rendendo così il senso della verità plurale e strettamente legato all'esperienza umana situata e temporale.

Questa concezione della verità, antitetica a quella husserliana fondata sull'evidenza immediata della coscienza trascendentale, sposta l'attenzione dall'atto conoscitivo al processo esistenziale e ontologico di manifestazione dell'essere. Essa implica una frattura fondamentale nella fenomenologia: mentre per Husserl la verità è l'evidenza

[64] *Ivi*, pp. 267-268.
[65] *Ivi*, p. 268.
[66] M. Heidegger, *Lettera sull'"Umanismo"*, (1947), trad. ita a cura di F. Volpi, Milano, Adelphi, pp. 267-269.

originaria, ovvero la chiarezza con cui la coscienza intenzionale si rapporta e costituisce il senso autentico dell'oggetto, garantendo una conoscenza apodittica e universale nell'esperienza trascendentale, per Heidegger, invece, la verità è un evento ontologico di disvelamento che si realizza nell'apertura esistenziale, storica e linguistica dell'Esserci, e che si manifesta come una tensione dinamica tra scopertura e nascondimento, mai esaurita e sempre situata.

Capitolo 3 | Tra coscienza ed esistenza: la melanconia clinica come rivelatore delle differenze fenomenologiche in psichiatria

> C'è in me una insanabile lacerazione fra me e il mio corpo. Anche la comunicazione che ho con gli altri si è fatta impossibile: faccio finta di provare dei sentimenti e faccio finta di parlare, di ridere, di meravigliarmi. Ho l'aria di esistere, ma in realtà non esisto. Intorno a me c'è il vuoto e il mio corpo sprofonda in questo vuoto.
>
> E. Borgna, *Malinconia* (1992), p. 79[67].

3.1. Introduzione

La melanconia clinica, oggi definita come "depressione maggiore", rappresenta il dispositivo ermeneutico di questa indagine. La scelta di questo fenomeno clinico non risponde soltanto alla sua diffusione epidemiologica, che pure è significativa, ma alla sua natura di punto cieco della comprensione psichiatrica contemporanea: essa è infatti troppo complessa per essere definita univocamente dalle categorie nosografiche del DSM, troppo esistenzialmente radicata per essere spiegata attraverso le sole variabili neurobiologiche, troppo intrinsecamente umana per essere completamente patologizzata senza residui interpretativi.

Nel capitolo verranno usate entrambe le denominazioni "melanconia clinica" e "depressione" per indicare ciò che oggi viene definito come "depressione maggiore", ovvero la condizione psicopatologica del fenomeno depressivo. L'obiettivo è cercare di analizzare il fenomeno come esperienza psicotica, quindi come esperienza *altra* dalla "noma".

Ciò che oggi la psichiatria contemporanea designa come "disturbo depressivo maggiore" costituisce la versione nosografica moderna di quello che storicamente

[67] Dalla testimonianza della paziente Paola.

veniva chiamato "melanconia" (dal greco *μελαγχολία*, letteralmente "bile nera"). Questa trasformazione terminologica non è meramente linguistica, ma riflette un mutamento paradigmatico profondo nella comprensione della sofferenza psichica: il transito da una concezione radicata nella tradizione antica filosofica e medica ad una concezione sintomatologica che si distacca dalla pluralità dei significati – non sempre patologici – che il termine portava con sé, privilegiando un inquadramento diagnostico standardizzato. Sebbene la letteratura antica e la tradizione medico-filosofica offrano numerose testimonianze di episodi melanconici – da Omero, che descrive con accuratezza la malinconia di Bellerofonte, la profonda disperazione culminata nel suicidio di Aiace Telamonio narrata nella tragedia sofoclea, a Ippocrate, che studiò la melanconia tra i vari *mali dell'anima*, fino ad Aristotele, che trattò del tema inserendolo nella più ampia riflessione sulle passioni umane[68] – la narrativa contemporanea presenta frequentemente la depressione come il "male del secolo". Questa apparente contraddizione solleva interrogativi fondamentali sulla natura del fenomeno: si tratta di una reale espansione epidemiologica di una condizione sempre esistita, oppure di una trasformazione concettuale che ha modificato i confini stessi di ciò che consideriamo patologico?

Nell'ambito dei disturbi psichici, esistono diagnosi che mutano nel tempo e che attraversano ogni epoca, conservando invariato il proprio nucleo psicopatologico. Esiste tuttavia un "tempo" per ogni diagnosi e il nostro è con molta probabilità il tempo della depressione. Lo confermano non solo le stime epidemiologiche dell'Organizzazione Mondiale della Sanità[69], ma lo documentano anche i dati sul consumo crescente dei farmaci antidepressivi[70]. È sufficiente considerare l'aumento dell'andamento ricorrente della "depressione maggiore", il fatto che un terzo dei casi evolva verso la cronicizzazione, che il 30% sviluppi farmacoresistenza, che sia

[68] Riferimenti all'*Iliade* di Omero, alla tragedia *Aiace* di Sofocle, alle opere del *Corpus Hippocraticum* di Ippocrate e al *De Anima* di Aristotele

[69] L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) stima una prevalenza globale della depressione intorno al 4-5%, coinvolgendo oltre 300 milioni di persone. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

[70] Dai dati del rapporto OsMed 2023 dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) emerge che la spesa per farmaci antidepressivi in Italia risultano in lento ma progressivo aumento negli ultimi 10 anni, crescendo del +3,1% nel 2023 rispetto al 2022. I grafici mostrano che il consumo di antidepressivi è una realtà in aumento, con una spesa pubblica e privata significativa e una tendenza crescente anche dopo il picco pandemico da COVID-19.

presente una significativa variabilità nella risposta agli antidepressivi oppure l'incremento stesso delle forme giovanili e geriatriche[71], per comprendere l'importanza di una riflessione approfondita e critica sul fenomeno.

La "depressione" dilaga tanto nel linguaggio specialistico quanto in quello comune, inglobando una quantità crescente di stati d'animo, condotte e forme di sofferenza che si combinano in una mescolanza eterogenea dai confini sfocati e spesso poco chiari. La questione non si esaurisce nell'espansione numerica di una "malattia" conosciuta, ma tocca il problema più profondo della natura stessa dell'esperienza depressiva: cosa significa l'esperienza della depressione e quali sono le modalità attraverso cui un individuo vive questa condizione? Si consideri, soprattutto, l'ambiguità di ciò che nella pratica medica viene definito "umore depresso" – il primo criterio diagnostico da soddisfare – o i diversi modi in cui ci si sente "depressi".

Si pongono quindi domande fondamentali: la "depressione" di cui parlano i pazienti è la stessa di cui parlano i clinici? Il paradigma di riferimento del DSM sulla depressione maggiore è ancora valido? Quanto questo sistema riesce effettivamente a comprendere di questo fenomeno dell'esperienza e quanto è in grado di "trattarlo" clinicamente?

Come vedremo, la depressione si presenta come fenomeno che resiste alla riduzione tecnica e che esige un approccio capace di pensare insieme dimensione clinica e significato esistenziale. È precisamente in questa resistenza che essa diventa paradigmatica della crisi più generale della psichiatria contemporanea e del bisogno di una rifondazione concettuale.

L'analisi fenomenologica della melanconia clinica permetterà di dimostrare che: in primo luogo, la psichiatria, in quanto scienza della soggettività sofferente, non può ridursi all'applicazione di protocolli biologici senza perdere il proprio oggetto specifico; in secondo luogo, la fenomenologia costituisce uno strumento teoretico indispensabile per accedere alla verità dell'esperienza psicotica; infine, una nuova

[71] M. Rossi Monti, N. Gosio (a cura di), *Depressione: il paradigma errante*, (2013), Milano, FrancoAngeli, p. 10.

prassi psichiatrica è possibile soltanto a condizione di una rifondazione filosofica della disciplina che integri, senza ridurli l'uno all'altro, il momento fenomenologico-comprensivo e quello empirico-esplicativo.

3.2. La depressione nella psichiatria contemporanea: un concetto problematico

3.2.1. La nosografia del DSM-5: criteri e limiti

La depressione maggiore viene attualmente diagnosticata attraverso i criteri stabiliti dal *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), giunto ormai alla sua quinta edizione pubblicata dall'American Psychiatric Association nel 2013. Questo manuale rappresenta il principale strumento nosografico di riferimento internazionale, finalizzato a garantire uniformità e standardizzazione nella diagnosi dei disturbi mentali.

Il DSM-5 dedica un'intera sezione ai disturbi depressivi, che include diverse manifestazioni della "depressione": il disturbo da disregolazione dell'umore dirompente, il disturbo depressivo maggiore, il disturbo depressivo persistente (distimia), il disturbo disforico premestruale, i disturbi depressivi indotti da sostanze o dovuti ad altre condizioni mediche, oltre alle categorie residuali "con altra specificazione" e "senza specificazione". La caratteristica comune a tutti questi disturbi è definita come "la presenza di umore triste, vuoto o irritabile, accompagnato da modificazioni somatiche e cognitive che incidono in modo significativo sulla capacità di funzionamento dell'individuo"[72]. Le differenze tra i vari disturbi consisterebbero nella durata, nella distribuzione temporale o nella presunta eziologia[73].

[72] American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, DSM-5, (2013), edizione italiana a cura di M. Biondi, (2014), Milano, Raffaello Cortina Editore, p. 179
[73] *Ibidem*.

Il disturbo depressivo maggiore rappresenta la "condizione classica" di questo gruppo diagnostico. Esso è caratterizzato da episodi distinti di almeno due settimane di durata che comportano "nette modificazioni affettive, cognitive e nelle funzioni neurovegetative"[74]. La diagnosi può essere posta sulla base di un singolo episodio, benché nella maggioranza dei casi il disturbo presenti un decorso ricorrente[75].

I criteri diagnostici del DSM-5 per il disturbo depressivo maggiore stabiliscono che la caratteristica primaria di un episodio depressivo maggiore è la "presenza di "umore depresso" o la perdita di interesse o piacere in quasi tutte le attività"[76] per un periodo di almeno due settimane consecutive (Criterio A). L'individuo deve presentare almeno quattro sintomi aggiuntivi derivati da una lista che include: "modificazioni dell'appetito o del peso, del sonno e dell'attività psicomotoria, diminuzione di energia, sensi di autovalutazione o di colpa, difficoltà nel pensare, concentrarsi o prendere decisioni, oppure pensieri ricorrenti di morte o ideazione suicidaria, piani per commettere suicidio o tentativi di suicidio"[77] (Criterio B). Inoltre, i sintomi devono causare "disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti"[78], non essere attribuibili agli effetti di sostanze o altre condizioni mediche, e non essere meglio spiegati da altri disturbi mentali.[79]

3.2.2. I limiti del modello DSM

Questo modello diagnostico presenta tuttavia criticità strutturali evidenti che richiedono necessariamente un'analisi critica. Il tentativo di definire una condizione che abbraccia esperienze affettive e cognitive profondamente differenziate e costitutivamente umane attraverso soglie temporali e aggregazioni sintomatiche rivela problemi concettuali fondamentali che possono essere sistematicamente articolati in quattro nuclei problematici principali.

---

[74] *Ivi*, pp. 185-186.
[75] *Ibidem*.
[76] *Ivi*, p. 188.
[77] *Ibidem*.
[78] *Ibidem*.
[79] *Ibidem*.

La riduzione dell'esperienza vissuta a criteri operativi arbitrari e non validati

Il primo limite strutturale del DSM consiste nella riduzione dell'esperienza vissuta a criteri operativi, i quali, oltre ad essere arbitrari, mancano di adeguata validazione empirica. Il DSM definisce la depressione maggiore attraverso un elenco di sintomi osservabili e misurabili (es. umore depresso, perdita di interesse, ecc.), ma questa riduzione risulta problematica da una prospettiva fenomenologica poiché trascura la dimensione soggettiva e vissuta della sofferenza. L'enfasi husserliana sulla descrizione intenzionale della coscienza suggerisce che conoscere un disturbo mentale significa comprendere come esso si manifesta nell'esperienza immediata del soggetto, non solo come somma di sintomi osservabili.

In tal modo, la diagnosi basata sulla descrizione e la quantificazione di sintomi, elementi osservabili o riferiti, rischia di non riconoscere l'unicità del percorso soggettivo del paziente, trasformando il *soggetto* in *oggetto* di indagine classificatoria, perdendo di vista la sua esistenza, i suoi progetti, le sue scelte, angosce e i suoi significati.

La questione dell'arbitrarietà dei criteri temporali emerge chiaramente dal criterio diagnostico della quantificazione della temporalità dell'esperienza depressiva, ovvero dal criterio delle "due settimane" per la durata minima dei sintomi. Questa soglia temporale rappresenta una misura oggettivante che solleva numerosi interrogativi sulla sua validità scientifica. La necessità di definire delle soglie di riferimento cerca di rispondere alla questione fondamentale su "come definire il confine tra patologia e normalità per i vari 'disturbi mentali'"[80]. La soluzione a questo interrogativo adottata dal DSM-III e dai suoi successori è quella di fissare determinate soglie basate sul numero e la durata dei sintomi e sul grado di compromissione del funzionamento sociale. Queste soglie, individuate inizialmente a partire da un consenso tra clinici, devono in seguito poter contare su una successiva validazione empirica[81], la quale, però, non c'è stata. Infatti, i *field trials* del DSM-5 non hanno affrontato questo

[80] *Ivi*, *Introduzione*.
[81] *Ibidem*.

problema fondamentale della validazione delle soglie, risultando così nella conferma automatica delle precedenti soglie (quelle indicate nel DSM-III e DSM-IV).[82]

Oltre a non esser state confermate da validazioni empiriche, queste soglie sollevano una questione ancor più profonda e urgente: il DSM fissa limiti temporali per poter diagnosticare la depressione, ma questa fissità contrasta con la fluidità dell'esperienza vissuta, che nella prospettiva fenomenologica è sempre situata in un orizzonte temporale più ampio e profondo, non riducibile a limiti quantitativi. La temporalità dell'esperienza melanconica non si lascia catturare da misurazioni cronometriche quantitative. La depressione comporta un'alterazione qualitativa della temporalità vissuta che difficilmente può essere confinata entro parametri quantitativi rigidi e standardizzati.

La definizione problematica e tautologica di "disturbo mentale"

Il secondo nucleo problematico concerne la logica binaria "normalità/anormalità" e la definizione stessa di "disturbo mentale" proposta dal DSM-5. La definizione di "disturbo mentale" della psichiatria contemporanea opera attraverso le due categorie "normalità" e "anormalità", tracciando tra esse un confine netto e misurabile. "Anormale" è ciò che non segue il funzionamento definito "normale" o che, rispetto a quest'ultimo, presenta irregolarità. Questa logica, efficace per descrivere l'organismo biologico, diventa problematica quando applicata all'esperienza psichica.
Infatti, il DSM-5 definisce il "disturbo mentale" come:

> una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello significativo di disagio o di disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti[83].

Questa definizione presenta almeno tre fattori problematici che ne compromettono la validità epistemologica.

---

[82] *Ibidem*.
[83] *Ivi*, p. 22.

In primo luogo, il testo contiene un elemento tautologico in quanto afferma che è "disturbo mentale" ciò che è "clinicamente significativo" senza fornire criteri indipendenti per stabilire tale significatività clinica.
In secondo luogo, afferma che il disturbo mentale riflette una "disfunzione" nei processi che "sottendono il funzionamento mentale", elemento difficile da rilevare e da giustificare allo stato attuale delle conoscenze neurobiologiche[84].
Infine, la definizione include un elemento quasi ovvio e scarsamente differenziante, ovvero la tendenza del disturbo a causare disagio o disabilità significativi, caratteristica comune a una varietà di problemi di salute in generale, ma che non contraddistingue un disturbo "mentale" da un disturbo somatico.

La conseguenza di questa definizione inadeguata è la creazione di un confine tra "normale" e "patologico" che risulta fluido, interpretativo e radicato nella soggettività, compromettendo la pretesa di oggettività scientifica del sistema nosografico. Questo problema assume particolare rilevanza nel contesto della depressione, dove la distinzione tra sofferenza esistenziale normale e patologia mentale richiede una comprensione più sofisticata della natura dell'esperienza umana.

Il termine-ombrello "umore depresso": confusione concettuale e rischio di medicalizzazione

Il terzo limite significativo del DSM emerge nell'ambiguità della definizione del concetto chiave di "umore depresso", che funziona come termine-ombrello per una varietà di stati affettivi qualitativamente distinti.

Sebbene il DSM sottolinei la necessità di distinguere la tristezza dall'umore depresso clinicamente rilevante, allo stesso tempo esso include nell'espressione "umore depresso" sensazioni come vuoto, ansia, tristezza, disperazione, scoraggiamento, o persino assenza di sentimenti ("umore vuoto"), accompagnati da perdita di interesse o piacere (anedonia).
Questa definizione racchiude in sé uno spettro di sentimenti, stati d'animo ed emozioni molto diverse tra loro, spesso anche contrastanti dal punto di vista fenomenologico.

[84] *Ivi*, *Introduzione*.

Una situazione emotiva di vuoto o di assenza di emozioni o sentimenti non può logicamente comprendere emozioni come la tristezza, essendo essa un'emozione, così come quest'ultima si distingue radicalmente dalla disperazione nella sua struttura intenzionale e nel suo vissuto. Sebbene tutti questi stati appartengano alla sfera delle "emozioni negative", essi sono intrinsecamente differenti.

Inoltre, sono tutti elementi che non contraddistinguono di per sé l'esperienza psicotica della depressione, ma possono essere presenti anche in esperienze quotidiane non psicotiche. La depressione oggi è diventata essa stessa una diagnosi-ombrello: "sono depressioni stati emozionali legati alla morte del coniuge, alla morte del gatto, a una delusione amorosa, a un fallimento lavorativo, al crollo di una 'bolla' delirante"[85]. Uno dei principali motivi all'origine di questo eccesso di medicalizzazione è la comune tendenza del nostro tempo ad assimilare ogni forma di dolore psichico ad una forma di depressione.[86] La tendenza della psichiatria contemporanea a confondere la tristezza, per quanto profonda, con la depressione patologica deriva dall'ignorare la relazione tra i sintomi e il contesto esistenziale in cui emergono: il vissuto soggettivo del paziente, con tutte le particolarità e le unicità che caratterizzano ogni esistenza singolare.

Da una prospettiva fenomenologica, occorre indagare la struttura esperienziale di questi vissuti per coglierne le differenze sostanziali.

La tristezza può manifestarsi come emozione situata e transitoria, con una causa identificabile (perdita, delusione, profonda insoddisfazione, ecc.), oppure come *Stimmung*, una tonalità affettiva o atteggiamento esistenziale di fondo, configurandosi come un modo stabile di essere-nel-mondo che fa parte del carattere o dell'umore di una persona senza per questo essere patologica. Questo tipo di malinconia è nota da secoli nella tradizione filosofica ed è ben distinta dalla depressione patologica. In entrambe le sue declinazioni, la tristezza mantiene una dimensione di apertura al mondo, alla temporalità e alla speranza, conservando un quadro di significato e

[85] M. Rossi Monti, N. Gosio, *Depressione: il paradigma errante*, cit., p. 21.

[86] Questa tesi è sostenuta nel testo di A.V. Horwitz, J.C. Wakefield, *The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*, (2007), Oxford-New York, Oxford University Press.

possibilità di trasformazione. Essa non blocca le potenzialità di progetto e relazione con l'altro, essendo vissuta come parte integrante della *condizione umana*.

Al contrario, l'umore depresso patologico si configura come un'atmosfera esistenziale pervasiva, caratterizzata da una chiusura o ritiro dal mondo, una perdita di senso e di possibilità progettuali. Non si tratta meramente di tristezza profonda, ma di un mutamento radicale dell'esperienza della soggettività, che si concretizza nell'esperienza della *perdita*: del senso, della temporalità, della vitalità, della progettualità esistenziale, del rapporto con l'Altro, con il Sé e con il Mondo. La depressione maggiore implica un'alterazione profonda della struttura esperienziale del Sé, caratterizzata da una condizione di *chiusura esistenziale*.

Il rischio concreto è che la tristezza esistenziale venga erroneamente diagnosticata come depressione patologica a causa dei criteri quantitativi e temporali rigidi, portando a un'eccessiva medicalizzazione della sofferenza umana normale. La varietà di emozioni e stato d'animo inclusi nella definizione aumenta il rischio, riducendo la differenziazione tra patologia e sofferenza umana, aprendo la strada alla patologizzazione di vissuti che potrebbero richiedere piuttosto un accompagnamento esistenziale o psicoterapeutico.

L'assenza della dimensione esistenziale: la non comprensione del fenomeno depressivo

Il quarto fondamentale limite del modello DSM consiste nell'assenza di qualsiasi riferimento alla dimensione esistenziale del fenomeno depressivo. Manca ogni riferimento esplicito a concetti esistenziali fondamentali come "senso", "direzionalità" verso il futuro, "apertura (o chiusura) esistenziale", "alienazione" o "perdita". Questi aspetti sono invece centrali nella comprensione profonda del fenomeno depressivo dal punto di vista psicologico, filosofico e clinico.

Questa assenza rappresenta una conseguenza diretta della natura descrittiva e categoriale del DSM, che privilegia l'osservazione comportamentale dei sintomi e la

standardizzazione diagnostica rispetto alla comprensione narrativa e qualitativa della sofferenza soggettiva. Il risultato è una riduzione della diagnosi a mera lista sintomatologica di comportamenti, spesso disconnessa dalla reale esperienza vissuta del paziente, compromettendo sia la profondità della comprensione clinica sia la possibilità di personalizzazione del trattamento.

L'analisi della concezione psichiatrica contemporanea della depressione ha permesso di evidenziare come la psichiatria rischi, senza una comprensione fenomenologica ed esistenziale del vissuto depressivo, di perdere di vista la complessità propriamente umana del fenomeno depressivo, riducendolo a mera disfunzione neurobiologica o comportamentale, perdendo la possibilità di una vera comprensione della sua struttura essenziale. Questa lacuna non solo compromette l'adeguatezza teorica del modello, ma limita anche l'efficacia terapeutica, poiché ogni autentico processo di guarigione o di "trattamento" dalla depressione deve in primo luogo necessariamente comprendere profondamente l'essenza del fenomeno e ciò che esso implica nell'esperienza del singolo, per potersi successivamente confrontare anche con la ricostruzione del senso esistenziale e della progettualità personale della soggettività sofferente.

3.2.3. Il paradosso della psichiatria come scienza: verso una comprensione fenomenologica

A seguito di questa analisi emerge ancora più chiaramente il paradosso costitutivo della scienza psichiatrica: essa non è né mera scienza naturale né mera scienza umana, ma comprende entrambe le dimensioni e in entrambe si radica. Non può prescindere da una categorizzazione del proprio oggetto di studio per scopi diagnostici, né dall'utilizzo dei metodi di indagine della medicina biologistica. Tuttavia, la risoluzione del problema non consiste nell'eliminazione di ogni criterio diagnostico – è indiscussa l'importanza di indicazioni precise per definire e distinguere le varie manifestazioni psichiche –, ma nel recupero della comprensione della natura del proprio oggetto di studio e della conseguente adozione di metodi di indagine epistemologicamente coerenti.

La psichiatria necessita delle premesse filosofiche che fondino la conoscenza del proprio oggetto e predispongano la base ontologica su cui sviluppare metodi di indagine appropriati. Di questo ritorno riflessivo vi è bisogno perché la disciplina ha dimostrato di essere capace di giustificare le proprie teorie sulla base di metodologie di indagine precise e accurate, ma continua a ignorare la domanda sull'essere del proprio oggetto di studio. Il DSM-5 ne costituisce una prova paradigmatica.

Di fronte all'inadeguatezza del sistema nosografico del DSM nel comprendere e delineare i confini della melanconia clinica – inadeguatezza che è stata articolata attraverso i quattro nuclei problematici precedentemente analizzati – emerge con urgenza la necessità di una rifondazione concettuale che faccia chiarezza sulla natura essenziale del fenomeno depressivo. Questa rifondazione richiede l'individuazione di criteri distintivi più rigorosi e fenomenologicamente informati tra le modalità di esperienza "normali" e quelle propriamente "patologiche", superando i limiti dell'approccio meramente sintomatologico.

Come osserva Borgna nel suo studio sulla melanconia, non sono i "sintomi apparentemente psicotici", meramente affiancati gli uni agli altri, a caratterizzare l'esperienza psicotica, bensì la modificazione radicale di alcune strutture fondamentali dell'esperienza che definisce il fenomeno psicotico nella sua specifica "forma di esistenza"[87]. Analogamente, Binswanger affermava già nel 1960 affermava che la depressione "benché noi la designiamo come "malumore" triste o depressivo […] non si lascia mai comprendere […] sulla base dell'umore, dello stato d'animo, o della disposizione affettiva […]"[88]. La sofferenza, la tristezza, l'angoscia, la perdita della speranza, la disperazione sono elementi che non sono presenti solo nella depressione come forma di esistenza psicotica, ma anche nella comune esperienza o condizione umana.

[87] E. Borgna, *Malinconia*, (1992), Milano, Feltrinelli, p. 12.
[88] L. Binswanger, *Melancholie und Manie. Phänomenologische Studien*, (1960), tr. ita di M. Marzotto, a cura di E. Borgna *Melanconia e Mania. Studi fenomenologici*, (1994), Torino, Bollati Boringhieri, p. 38.

Per questo motivo è necessario comprendere profondamente l'essenza della melanconia clinica, le sue strutture e le sue modalità, al fine di riuscire a comprendere cosa distingue l'esperienza psicotica dall'esperienza non psicotica, in quanto la presenza dei "segni" melanconici non è sufficiente a rilevare *tout court* la presenza di una condizione patologica.
È necessario dunque uno sguardo diverso, una teoria capace di comprendere le strutture essenziali dell'esperire umano.

In questa prospettiva, il contributo della tradizione fenomenologica assume un'importanza fondamentale, sebbene si articoli attraverso approcci differenti che richiedono un'analisi specifica. La fenomenologia, nella duplice declinazione husserliana e heideggeriana analizzata nei capitoli precedenti, offre strumenti concettuali indispensabili per comprendere la depressione come trasformazione radicale della struttura stessa dell'esperienza soggettiva e dell'essere-nel-mondo.
Per entrambe le prospettive, la melanconia clinica rappresenta una crisi ontologica della soggettività, che si declina secondo modalità e prospettive sostanzialmente differenti, le quali meritano un approfondimento sistematico. Come osserva ancora Borgna:

> La malinconia ha a che fare con qualcosa che si radica nella profondità della condizione umana […] l'esperienza malinconica, sia quella non-psicotica come quella psicotica, è (del resto) l'esperienza nella quale si fa più evidente la vertiginosa instabilità della condizione umana.[89]

3.3. Lo scioglimento della trama temporale della coscienza: una lettura fenomenologico-trascendentale della melanconia clinica

"*Il tempo: quasi un fermarsi; un tempo che si fa eterno. La mia sofferenza è l'unica cosa che sento.*"[90]

[89] *Ivi*, p. 39
[90] *Ivi*, dalla testimonianza della paziente Maria Teresa, p. 42.

3.3.1. La ritenzione melanconica

Una brillante analisi fenomenologica della depressione viene offerta da Binswanger, il quale attraverso le lezioni di Husserl sulla coscienza interna del tempo riesce ad intuire l'essenza del vissuto melanconico come una crisi ontologica della soggettività. Questa crisi si manifesta tramite l'"allentamento dei fili" dei momenti intenzionali che strutturano l'oggettività temporale[91], ovvero gli oggetti temporali intenzionali o noematici – passato, presente e futuro – nella coscienza temporale soggettiva.

La prospettiva husserliana pone al centro della propria analisi la struttura intenzionale della coscienza e la temporalità come orizzonte costitutivo dell'esperienza. Questa impostazione teoretica si fonda sul principio che la coscienza possegga una struttura essenzialmente intenzionale: essa è sempre diretta verso un oggetto, cosicché ogni atto di coscienza è "coscienza di qualcosa". Questo principio significa che la coscienza non è statica, ma è un dinamico flusso di attività intenzionali che si rivolgono verso il mondo o verso il Sé (pensieri, ricordi, fantasie). Tali atti generano una relazione intenzionale che costituisce l'esperienza stessa, un continuo "tendere a" un oggetto, e formano la base per la cosiddetta costituzione fenomenologica degli oggetti nella soggettività (cioè come appaiono e si rivelano nell'esperienza).

In questo contesto, la temporalità è concettualizzata come l'orizzonte fondamentale e costitutivo dell'esperienza. Non si tratta del tempo oggettivo misurabile, ma di una temporalità vissuta dalla coscienza, attraverso la quale ogni esperienza si dà come un divenire continuo. Husserl identifica nell'esperienza temporale un flusso di momenti vissuti che permette alla coscienza di mantenere e denominare sé stessa nel divenire, di conservare nel presente tracce del passato, e di anticipare il futuro. In termini fenomenologici, questo flusso temporale è ciò che rende possibile la percezione, la memoria e la previsione: la coscienza non è mai "istantanea" e a sé stante, ma sempre un continuum che costituisce ciò che si manifesta nel presente grazie alla capacità di ritenere ciò che è trascorso e di anticipare ciò che sopraggiunge, il quale sarà successivamente soggetto a conferma o smentita. Husserl denomina i momenti intenzionali che danno forma agli oggetti temporali - passato, presente, futuro - con le

[91] Da non confondere con il tempo oggettivo.

dimensioni di ritenzione, presentazione e protensione, le quali non devono essere intese come fenomeni indipendenti l'uno dall'altro, ma come momenti della sintesi unitaria delle operazioni intenzionali costitutive dell'oggettività temporale.[92]

La temporalità costituisce pertanto l'orizzonte della coscienza intenzionale poiché è nel tempo che gli atti intenzionali si svolgono, si susseguono e si integrano nella coscienza individuale, consentendo all'esperienza di configurarsi come un tutto unitario e costituendo la soggettività stessa come soggettività temporale. La temporalità non è dunque un semplice dato tra gli altri, ma la dimensione fondamentale che rende possibile ogni oggettualità intenzionale nel flusso della coscienza.

Attraverso il dialogo terapeutico con i propri pazienti, Binswanger oltrepassa la semplice constatazione della sintomatologia clinica classica della melanconia patologica (la sofferenza interminabile, l'autoaccusa melanconica, l'angoscia, la disperazione e disfatta della speranza, l'esperienza sconvolgente del corpo che si dissocia, la solitudine, l'idea del suicidio, ecc.[93]) per interrogarsi su cosa effettivamente si verifica "nell'accadere trascendentale"[94] della soggettività sofferente. L'intuizione binswangeriana identifica nell'essenza del vissuto melanconico un'alterazione fondamentale, un "modo difettivo" della coscienza temporale. Normalmente, ritenzione, presentazione e protensione si integrano reciprocamente garantendo non solo il continuum dell'esperienza temporale della soggettività, ma anche stabilendo la costruzione del "di che cosa (*Worüber*) del *tema* presente"[95].
L'analisi di diversi casi clinici rivela caratteristiche ricorrenti riguardanti la temporalità melanconica.

Particolarmente significativo è il caso di Cécile Münch[96], donna svizzera di quarantasei anni che sprofondò nella depressione in seguito alla perdita del marito

[92] E. Husserl, (1893), *Zur Phänomenologie des inneren Zeitbewußtseins*, (1917), trad. it. di A. Marini *Per la fenomenologia della coscienza interna del tempo*, (1981), Milano, FrancoAngeli, sezione II.
[93] *Ivi*, p. 13
[94] L. Binswanger, Melanconia e Mania, cit., p. 30.
[95] *Ivi*, p. 31.
[96] *Ivi*, pp. 30-35.

avvenuta in un incidente ferroviario. Il motivo dominante dei suoi lamenti consisteva nell'autoaccusa per aver proposto lei stessa la gita durante la quale si verificò la tragedia. Non nutriva interesse per nulla, era attanagliata dal dolore e pensava continuamente alla perdita subita. In questo, come in molti altri casi documentati, l'autoaccusa melanconica si esprimeva da un punto di vista linguistico quasi sempre rivolgendosi al passato in forma condizionale, usando frasi come "non avessi mai proposto la gita!" oppure "se solo non l'avessi proposta" [97].
Tutti questi "avrei dovuto/non avrei dovuto", "se avessi/se non avessi" si presentano come "*vuote possibilità*"[98], in quanto si riferiscono a eventi o circostanze ipotetiche, quindi possibili, rivolti a fatti già accaduti: il passato non ha più possibilità, poiché il possibile abita la dimensione del futuro.

La libera possibilità si ritira nel passato, diventando così "vuota intenzione"[99]; questo turbamento impedisce al presente di tematizzarsi: il presente melanconico diventa dunque a-tematico, un vuoto sospeso, privo di direzione e significato. In questo modo anche la protensione risulta indipendente in quanto non possiede più un tema proprio, nulla da "produrre", se non "l'oggettività temporale del 'futuro' vuoto o del vuoto 'come futuro'"[100]. La ritenzione si confonde dunque con la protensione, la quale non giunge più a un tema autentico.
Questo modo difettivo del flusso di continuità temporale impedisce di giungere ad una vera presentazione, possibile soltanto se può radicarsi sulla ritenzione e proiettarsi verso la protensione.

Questa tesi trova conferma anche dall'analisi dei casi che riporta Binswanger, in cui osserva che il tema melanconico non è "durevole": i contenuti depressivi, i "motivi" apparenti della sofferenza melanconica – o ciò che il paziente presuppone come "tema" della sua sofferenza – risulta mutevole e intercambiabile, senza che ciò produca effetti significativi sulla condizione patologica[101].

[97] *Ivi*, p. 29.
[98] *Ivi*, p. 32.
[99] *Ibidem*.
[100] *Ibidem*.
[101] *Ivi*, p. 33.

Laddove la ritenzione è disturbata, "infiltrata da momenti protentivi"[102], nemmeno la protensione mantiene legami stabili nel flusso dell'accadere intenzionale, rimanendo sprovvista di un contenuto noematico, così come la presentazione, che risulta di conseguenza "sospesa nel vuoto"[103]. La ritenzione appare priva di significato, in quanto in essa non sono fissate le motivazioni del presente, ma solo le pretese di possibilità. Ciò impedisce la continuazione del tema presente – il quale non ha "legami" stabili nella continuità temporale interrotta – e lo sviluppo verso la protensione futura: la presentazione, non potendosi basare su un'autentica ritenzione né essere accompagnata da una vera e propria protensione, perde il suo tema e la sua dimensione. Si determina così una situazione di "ritorno" ad un passato paralizzante ed eternizzato che impedisce il continuum dell'esperienza temporale.

3.3.2. La protensione melanconica

Oltre al tema dell'autoaccusa melanconica, un altro tema chiave è quello della perdita, che costituisce lo "stile proprio della melanconia"[104]. Si tratta di una perdita dalle svariate connotazioni che riguarda tutti i settori dell'esistenza: lutto, perdita della posizione sociale, dell'onore, delle proprie capacità intellettuali o fisiche, delle emozioni, della vita interiore, della salute, ecc.[105]. È una perdita prevista per il futuro, che non possiede i "caratteri della previsione, ma dell'evidenza"[106]; non imminente, ma avvertita come se si fosse già verificata. Nello stile dell'esperienza melanconica ciò che accadrà in futuro non rappresenta una tra le tante possibilità, ma costituisce un fatto già compiuto o in corso di compimento, che rimane tale anche se smentito dalla "realtà", poiché "il melanconico non si lascia convincere dai fatti"[107]. In questo caso, è la protensione ad essere infiltrata da momenti ritentivi[108]. Laddove la presentazione non può fondarsi su momenti ritentivi intenzionali, né disporsi in funzione di aperte possibilità protentive, i fili della trama unitaria dell'esperienza temporale si allentano,

[102] *Ivi*, p. 36.
[103] *Ivi*, p. 37.
[104] *Ivi*, p. 48.
[105] *Ivi*, p. 46.
[106] *Ibidem*.
[107] *Ivi*, p. 47.
[108] *Ivi*, p. 47.

causando la modifica dello "stile globale dell'esperienza" e dunque anche dello "stile della realtà del mondo"[109].

Per questo motivo è possibile affermare che l'esperienza depressiva ha lo stile della perdita. Ciò implica che lo stesso "mondo" del melanconico – o la sua esperienza di mondo – sarà diverso, proprio perché lo stile dell'esperienza, con le proprie modalità, è differente.

3.3.3. La sofferenza melanconica

"La disperazione si impossessa di me perché mi accorgo di non poter contare sulla forza di volontà e di essere di conseguenza in balìa della mia angoscia [...] sogno di dormire sempre, e sogno infine di morire."[110]

L'alterazione della struttura temporale della coscienza comporta una trasformazione radicale dello stile globale dell'esperienza e, conseguentemente, anche dello stile della realtà del mondo, il cui modello risulta del tutto diverso che nell'esperienza "naturale". La frattura temporale determina un mutamento qualitativo nell'esperienza mondana: il mondo non può più configurarsi come "sfondo silenzioso di possibilità" – secondo la concezione husserliana originaria – ma si cristallizza in un'immagine immobile e svuotata di vita.

Lo stile dell'esperienza melanconica del mondo è lo stile della perdita, configurando una realtà in cui l'apertura naturale all'orizzonte delle possibilità viene sostituita da una dimensione esistenziale contratta e chiusa. Si determina così un autentico scacco della mondanità, ovvero il venir meno dell'apertura al mondo come dimensione ontologica fondamentale dell'Io.

In questo contesto, la sofferenza melanconica si articola nei suoi tratti fondamentali: perdita, colpa, angoscia e disperazione. È tuttavia cruciale sottolineare che questi non costituiscono meri contenuti psicologici, bensì esprimono una modificazione

[109] *Ivi*, p. 48.
[110] Dalla testimonianza della paziente Maria Teresa in E. Borgna, *Malinconia*, cit., p. 45.

trascendentale della struttura costitutiva dell'esperienza. Non è la colpa o l'angoscia a generare la condizione melanconica, quanto piuttosto il fallimento strutturale e costitutivo dell'esperienza del soggetto malinconico.

Quando la protensione si svuota del suo contenuto noematico e perde la funzione costitutiva della continuità temporale della coscienza, la soggettività si confronta con una radicale chiusura dell'orizzonte delle possibilità. Il futuro, anziché presentarsi come campo aperto di potenzialità, si connota come una dimensione già conclusa, dove la "perdita" – nelle sue molteplici manifestazioni – è già avvenuta. Questa anticipazione della perdita, che possiede i "caratteri dell'evidenza" piuttosto che della previsione, genera un vissuto di angoscia, la quale si distingue qualitativamente dall'angoscia esistenziale, heideggerianamente intesa come fenomeno originariamente umano. Mentre quest'ultima apre alla possibilità di autenticità attraverso il confronto con il nulla, configurandosi come esistenziale, l'angoscia depressiva si caratterizza come un "fenomeno naturale", che emerge nell'ambito di quell'esperienza naturale che è la depressione[111]. Essa rappresenta l'orrore davanti alla perdita della possibilità di permanere in vita, mentre l'angoscia esistenziale implica il confronto con la messa in questione della propria esistenzialità[112]. La coscienza melancolica esperisce l'angoscia non nell'apertura al possibile, ma come paralisi nella vuota possibilità.[113]

Correlativa a questa forma specifica di angoscia è l'impossibilità costitutiva della speranza. Se la speranza, in quanto atto intenzionale, si orienta verso possibilità future non ancora attuali ma desiderate, nella melanconia la compromissione della struttura protentiva comporta necessariamente il collasso di ogni possibilità di costituzione intenzionale della speranza.

In questa condizione di "sospensione" temporale, l'esistenza si svuota progressivamente di senso: senza la capacità di costituire intenzionalmente un futuro aperto, la soggettività perde la possibilità di progettarsi e conferire significato alle proprie esperienze presenti. In questo quadro fenomenologico, l'emergere del pensiero

[111] *Ivi*, pp. 56-60.
[112] E. Borgna, *Malinconia*, cit., p. 57.
[113] L. Binswanger, *Melanconia e Mania*, cit., pp. 56-60.

e della tentazione suicidale si configura non come sintomo accessorio, ma come possibilità estrema che scaturisce dalla stessa struttura costitutiva dell'esperienza melanconica. Dal punto di vista fenomenologico-trascendentale, l'ideazione suicidale rappresenta l'ultima possibilità che rimane aperta a una soggettività che ha perduto ogni autentica capacità di costituzione temporale del senso. È "l'ultimo, 'irraggiungibile' tema" al quale la soggettività possa aggrapparsi, sul quale cioè possa temporalmente costituire una determinazione "piena".[114]

Il suicidio si presenta alla coscienza melanconica come l'unica "azione" ancora accessibile in un orizzonte dove tutte le altre possibilità risultano già determinate e concluse dalla "perdita" che è già avvenuta. Paradossalmente, la tentazione suicidale emerge come protensione verso una "non-protensione", verso la cessazione definitiva della stessa temporalità costitutiva della coscienza.
Tuttavia, anche questa estrema possibilità rimane fenomenologicamente compromessa dalla stessa struttura temporale difettiva che caratterizza la melanconia: il suicidio non viene costituito come autentica possibilità futura da realizzare, ma come unica via di uscita da una condizione che è già conclusa, presentandosi così non come apertura, ma come chiusura definitiva di ogni possibilità.

3.3.4. La crisi dell'ego puro

Come abbiamo visto, lo scacco dell'intero flusso della temporalizzazione compromette non soltanto la coscienza temporale, ma la totalità dell'esperienza soggettiva. La perdita della temporalizzazione equivale alla perdita della "vita" stessa, in quanto viene meno il flusso che la caratterizza. Questa crisi comporta, da un lato, la sofferenza soggettiva, dall'altro, più radicalmente, la compromissione della struttura intenzionale che rende possibile l'esistenza umana come esperienza significativa e orientata.

È qui che assume rilevanza decisiva la dottrina dell'ego puro husserliano, che costituisce uno dei fondamenti teorici su cui Binswanger innesta la propria

[114] *Ivi*, p. 54.

fenomenologia della melanconia. Secondo Husserl, l'Io puro non è un'entità psicologica, ma l'unità trascendentale di riferimento che rende possibile l'orientamento e la coerenza dell'esperienza intenzionale. Esso non rappresenta un "contenuto" dell'esperienza, bensì la condizione che consente ogni costituzione di senso.

Binswanger applica questa concezione alla comprensione clinica della frattura interna alla soggettività melanconica. Se l'Io puro garantisce la possibilità di costituire mondo, tempo, corpo e un senso unitario dell'esperienza, nella melanconia si assiste a una crisi di questa funzione costituente. Non è l'Io empirico a essere compromesso in senso psicologico, ma la sua funzione trascendentale di centro dell'esperienza, con conseguente impossibilità di mantenere la coerenza e la direzionalità dei vissuti.

Da questa prospettiva, la melanconia si configura come patologia della soggettività trascendentale: non una perdita dell'Io empirico, ma una paralisi, della capacità dell'Io puro di costituire senso nel tempo e nel mondo. L'analisi binswangeriana mira, pertanto, a identificare l'*eidos* della melanconia clinica, l'essenza comune dell'esperienza depressiva, mettendo in luce l'apriori eidetico che sottende il vissuto melanconico. In questo senso, la sua indagine costituisce un'analisi fenomenologico-trascendentale dei disturbi melanconici nella struttura costitutiva della coscienza intenzionale e trascendentale.

Attraverso la teoria husserliana, la depressione viene analizzata come modalità esperienziale fenomenologicamente accessibile, in cui l'ego trascendentale sperimenta un'alterazione profonda nel processo di costituzione: il mondo diventa meno significativo e chiuso, traducendosi in un vissuto di vuoto, disorientamento e perdita del senso. Questa condizione manifesta una rottura nei modi di esperienza della coscienza, configurandosi come forma di vissuto patologico non in termini meramente psicologici o biologici, ma come crisi della struttura intenzionale della coscienza stessa.

Si può parlare, in termini binswangeriani, di un "difetto della struttura degli atti intenzionali temporali" ovvero di una perdita delle possibilità temporali intenzionali dell'esperienza e quindi della possibilità della continuità dell'esperienza naturale. Questo "difetto" della soggettività non costituisce lo stato d'animo melanconico, ma è già esso "lo stato d'animo melanconico della perdita"[115]. Ciò che caratterizza fenomenologicamente l'esperienza depressiva non è tanto la presenza di contenuti particolari, quanto l'alterazione nella modalità con cui l'ego trascendentale costituisce il senso del mondo: la coscienza si trova a costituire un mondo segnato dalla perdita dell'orizzonte di significato, dalla chiusura alla trascendenza e dalla rottura della continuità temporale della vita intenzionale.

3.4. L'esistenza che *si ritrae*: una lettura fenomenologico-ermeneutica della melanconia clinica

"Ora mi sento sperduta. Mi riabituo ad abitare un posto che non abito da un sacco di tempo. Estranea: è così che mi sento."[116]

La transizione dall'analisi fenomenologico-trascendentale a quella fenomenologico-ermeneutica non rappresenta semplicemente un cambio di prospettiva metodologica, ma una vera e propria trasformazione del campo di indagine stesso.
Mentre l'approccio trascendentale husserliano interroga la struttura costitutiva della coscienza temporale per identificare l'*eidos* della melanconia, l'ermeneutica heideggeriana sposta il tema dell'analisi sulla modificazione radicale dell'essere-nel-mondo come totalità esistenziale. Non si tratta più di individuare disfunzioni nell'intreccio intenzionale di ritenzione, presentazione e protensione, bensì di comprendere come la melanconia clinica configuri una modalità esistenziale specifica del *Dasein*, caratterizzata dalla contrazione dell'apertura originaria al mondo e dalla perdita della dimensione progettuale che definisce ontologicamente l'esistenza umana.

[115] *Ivi*, p. 49.
[116] Dalla testimonianza della paziente Maria Teresa in E. Borgna, *Malinconia*, cit., p. 43.

3.4.1. La depressione come frattura dell'apertura esistenziale: il mondo "velato" e la perdita del senso

La struttura ontologica del *Dasein* e la sua alterazione melanconica

Per comprendere la specificità della lettura fenomenologico-ermeneutica della melanconia clinica è necessario richiamare la struttura ontologica fondamentale del *Dasein*. L'uomo, in quanto essere-nel-mondo, non è un semplice ente tra gli enti del mondo – i quali hanno il modo di essere della semplice-presenza (*Vorhandenheit*) – ma è caratterizzato dall'esistenza (*Existenz*), intesa come costante essere-proiettato al di là di sé verso le proprie possibilità. L'Esserci è essenzialmente possibilità *in potenza*, ed è nella possibilità che si determina[117]. Questa struttura progettuale non rappresenta una caratteristica accidentale dell'esistenza umana, ma ne costituisce il tratto ontologico distintivo: l'uomo esiste nel modo del progetto, del continuo trascendimento di ciò che è verso ciò che può essere.

L'apertura progettuale si radica nella condizione di gettatezza (*Geworfenheit*) che caratterizza originariamente il *Dasein*. Essere gettati significa trovarsi sempre già aperti al mondo in una relazione di significato che precede ogni riflessione tematica[118]. Il mondo non è semplicemente l'insieme degli enti che ci circondano, ma è l'orizzonte di significatività all'interno del quale gli enti possono manifestarsi come utilizzabili, significativi, problematici. Attraverso il progetto (*Entwurf*), l'Esserci è capace di trascendere la mera fatticità della sua situazione, conferendo significato al mondo che si dischiude nel suo essere-nel-mondo[119].
Questa capacità di trascendenza non è da intendere come fuga dal mondo, ma come modalità specifica di abitarlo: il *Dasein* abita il mondo progettandosi in esso, anticipando possibilità, realizzando progetti, dando forma al proprio esistere.

Quando, tuttavia, questa trascendenza si contrae e l'Esserci si ritrae dal suo progettarsi, l'intera struttura esistenziale muta radicalmente, causando uno sprofondamento in una condizione di immobilità esistenziale. La depressione rappresenta precisamente questa

[117] M. Heidegger, *Essere e Tempo*, cit., pp. 60-62.
[118] *Ivi*, pp. 78-79.
[119] *Ivi*, pp. 178-180.

contrazione: una modalità esistenziale in cui l'apertura originaria al mondo si chiude, la temporalità esistenziale perde la sua dinamicità progettuale, e il *Dasein* sperimenta la perdita della sua caratteristica fondamentale di essere-possibilità. Non si tratta di una semplice diminuzione quantitativa delle possibilità disponibili, ma di una modificazione qualitativa della capacità stessa di rapportarsi al possibile come tale.

In questa condizione, il mondo non è più percepito come apertura significativa, ma appare come un insieme di enti isolati, privi di relazioni, svuotati del loro carattere rimandante. L'Esserci melanconico vive così una temporalità inautentica in cui il presente, invece di costituire uno spazio di possibilità proiettive verso il futuro, si appiattisce in un eterno "adesso", svuotato di progettualità. Il futuro si presenta come dimensione chiusa, predeterminata dalla perdita. Questa trasformazione temporale genera un'esistenza che non si sente più "a casa" nel mondo, ma che, simultaneamente, non riesce a riconfigurare il proprio orizzonte esistenziale per riscoprire una progettualità autentica.

La situazione emotiva come chiave interpretativa

La comprensione heideggeriana di questa chiusura esistenziale trova il proprio fondamento nel concetto di "situazione emotiva" (*Befindlichkeit*), che rappresenta una delle strutture costitutive dell'essere-nel-mondo. Essa non è uno stato psicologico che si aggiunge all'esistenza dal "di fuori", né emerge dal "di dentro" come prodotto dell'interiorità soggettiva. Essa "sorge nell'essere-nel-mondo stesso come una sua modalità"[120], costituendo quella dimensione dell'esistenza che "[…] coglie l'Esserci proprio nella sua irriflessività del suo immergersi e sommergersi nel 'mondo' di cui si prende cura"[121].

La situazione emotiva rappresenta ciò che ha già da sempre aperto l'essere-nel-mondo nel suo insieme, rendendo possibile il dirigersi-verso dell'Esserci[122]. Non si tratta di una semplice colorazione affettiva dell'esperienza, ma di "una modalità esistenziale

[120] M. Heidegger, *Essere e Tempo*, cit., p. 170.
[121] *Ibidem*.
[122] *Ibidem*.

fondamentale della cooriginaria apertura del mondo, del con-Esserci, e dell'esistenza."[123]

Questa struttura fondamentale presenta tre determinazioni essenziali: l'apertura dell'essere-nel-mondo nella sua totalità, l'apertura dell'esser-gettato e l'apertura del "mondo" appartenente all'in-essere[124]. La prima determinazione indica che la situazione emotiva non si limita ad aprire singoli settori dell'esperienza, ma dischiude l'essere-nel-mondo come totalità unitaria. È in virtù di questa apertura preliminare che il *Dasein* può successivamente incontrare enti specifici che lo coinvolgono emotivamente. La seconda determinazione rivela come la *Befindlichkeit* metta sempre l'Esserci di fronte al fatto della propria gettatezza, al fatto di trovarsi già sempre in una situazione non scelta. La terza determinazione evidenzia come l'apertura emotiva dischiuda il mondo come l'orizzonte all'interno del quale gli enti possono manifestarsi secondo modalità specifiche di significatività.
Questa apertura consente all'Esserci di essere sensibilmente colpito da ciò che incontra nel mondo, ma non si tratta di una semplice reattività percettiva. È piuttosto un coinvolgimento esistenziale che caratterizza strutturalmente il suo essere "nel mondo". Il *Dasein* non si limita a percepire enti, ma è sempre già emotivamente sintonizzato con essi, coinvolto in relazioni di significato che precedono ogni tematizzazione esplicita.

La depressione come velamento del mondo

Il concetto di situazione emotiva risulta decisivo per la comprensione fenomenologico-ermeneutica della depressione, poiché dimostra l'inadeguatezza di ogni approccio che si limiti allo studio dell'"umore depressivo" come fenomeno psicologico circoscritto. Secondo questa prospettiva, il modo di esperire emotivamente il mondo – compreso l'umore depresso – dipende primariamente dalla *Befindlichkeit* che apre originariamente il mondo stesso. La depressione non è quindi riducibile a un semplice stato d'animo soggettivo che colora l'esperienza del mondo, ma coinvolge una

[123] *Ibidem*.
[124] *Ibidem*.

modificazione della struttura ontologica fondamentale attraverso cui il *Dasein* si rapporta al mondo.

Nella condizione depressiva "l'Esserci stesso diviene cieco nei confronti di sé stesso; il mondo ambiente di cui si prende cura si vela, la previsione ambientale è fuorviata."[125] La situazione emotiva del melanconico chiude l'apertura esistenziale al mondo che caratterizza il suo essere, azzerando la capacità di aprirsi all'essere-progetto. È fondamentale ribadire che questa *Befindlichkeit* non è un semplice stato d'animo, bensì un modo fondamentale di esistere che determina il rapporto originario del *Dasein* con il suo mondo, il quale diventa opaco, estraneo.

Il mondo ambiente (*Umwelt*) - il mondo familiare e quotidiano in cui ci si muove ordinariamente senza necessità di riflessione esplicita - diventa alieno, privando il soggetto della propria familiarità originaria con il proprio poter-essere. La *Umsicht*, quella visione ambientale attraverso cui gli enti si mostrano nel loro rinvio d'uso, viene fuorviata: gli oggetti perdono la loro trasparenza funzionale, non perché si trasformino in semplici-presenze (*Vorhandenheit*), piuttosto perché si sbriciola la rete di rimandi che li inscrive in un orizzonte di significatività. Esse cessano di essere parte di un mondo significativo per diventare oggetti opachi che il *Dasein* melanconico trascina nella propria esistenza senza più comprenderli.

3.4.2. La modificazione radicale dell'essere-nel-mondo

"I giorni si ripetono e si inseguono senza fine, e ogni cosa si fa effimera e sfuggente, ma la malinconia non passa: invischiata in un dolore che non ha nulla del dolore fisico."[126]

La temporalità esistenziale nella depressione

L'analisi heideggeriana della temporalità esistenziale fornisce una chiave interpretativa fondamentale per comprendere la specificità della condizione

[125] *Ibidem*, pp. 169-170.
[126] Dalla testimonianza della paziente Maria Teresa in E. Borgna, *Malinconia*, cit., p. 41.

melanconica. A differenza della temporalità intenzionale husserliana, che si articola nel flusso continuo di ritenzione, presentazione e protensione, la temporalità esistenziale heideggeriana è costituita dall'unità estatica di futuro (*Zukunft*), esser-stato (*Gewesenheit*) e presente (*Gegenwart*). Questi non sono contenitori temporali vuoti, ma modi dell'esistenza: il *Dasein* esiste futuramente progettandosi verso possibilità, esiste come esser-stato assumendo la propria gettatezza, esiste nel presente facendosi carico della propria situazione[127].

Nella depressione, questa unità estatica della temporalità subisce una paralisi che compromette la dinamica progettuale dell'esistenza. Il futuro perde la sua dimensione di possibilità aperta e si cristallizza in un orizzonte già determinato dalla perdita. Non si tratta semplicemente di pessimismo o di previsioni negative, ma di una modificazione strutturale del rapporto con il tempo che svuota il futuro della sua caratteristica essenziale di essere l'orizzonte del possibile.

Il presente melanconico non è più il momento dell'azione e della decisione, ma diventa un tempo sospeso, paralizzato, gravato dal peso di un passato che ritorna ossessivamente senza essere mai veramente assunto. L'esser-stato non funziona più come risorsa per il progetto futuro, ma si trasforma in un fardello che impedisce ogni slancio progettuale. Questa rigidità temporale genera quello che Borgna descrive come lo "sfasamento" tra il tempo dell'Io e il tempo del mondo: mentre il mondo continua il suo corso temporale, l'esistenza melanconica rimane intrappolata in una temporalità irrigidita e ripetitiva[128].

La melanconia come spaesamento ontologico: l'interpretazione di Eugenio Borgna

Eugenio Borgna, nel solco dell'ermeneutica heideggeriana, offre un'interpretazione dell'esperienza melanconica che ne coglie la dimensione di spaesamento ontologico. La melanconia non rappresenta soltanto una sofferenza dell'anima nel senso psicologico tradizionale, ma costituisce un'esperienza ontologica di estraniamento dal

[127] E. Borgna, *Malinconia*, cit., pp. 384-392.
[128] *Ivi*, p. 140.

mondo, una perdita della familiarità originaria che caratterizza l'essere-nel-mondo autentico.

Il mondo melanconico non è più lo spazio delle possibilità, ma si trasforma in un orizzonte chiuso, impenetrabile e inospitale. Il melanconico, pur continuando a vivere fisicamente nel mondo, cessa di appartenervi esistenzialmente. Viene meno quel senso della familiarità originaria che Heidegger descrive come la condizione normale dell'essere-nel-mondo, quella trasparenza del mondo che consente al *Dasein* di muoversi in esso senza problemi. Si incrina il rapporto con l'altro, con le cose, con la propria stessa esistenza. La mondanità perde trasparenza e assume i tratti dell'estraneità, configurando un'esperienza di radicale spaesamento.

Questo spaesamento non è meramente geografico o sociale, ma ontologico: la casa diventa estranea, il lavoro perde significato, le relazioni si svuotano di contenuto: non perché cambino oggettivamente, ma perché cambia radicalmente il modo di essere del Dasein che le abita.

La frattura del tempo esistenziale

Uno degli aspetti più caratteristici dell'analisi di Borgna riguarda la descrizione del tempo melanconico come tempo fratturato. La depressione genera una radicale discontinuità tra il *tempo dell'Io* – sospeso, immobile, avvolto nell'inerzia e nel rimpianto – e il *tempo del mondo* – che continua a scorrere, estraneo, indifferente. Il primo rallenta, perdendo lo slancio verso il futuro, mentre il secondo prosegue il suo corso al di fuori di ogni esperienza soggettiva. Questo processo costituisce un elemento costitutivo della chiusura esistenziale ed è causa dello scollamento che acuisce lo smarrimento esistenziale della soggettività malinconica, poiché in questa tensione si manifesta un sentimento di "sfasamento" che rende insopportabile la coesistenza tra sé e il mondo.[129]

La temporalità melanconica è caratterizzata da un tempo che ha perduto la sua capacità progettuale e si è trasformato in un tempo paralizzato. Il futuro si fa assente, il passato

[129] *Ibidem*.

perde i suoi limiti naturali, irrompe con una forza intrusiva nel presente, che si immobilizza in una stagnazione determinata dallo smarrimento del senso di possibilità.

È importante sottolineare che in ogni esistenza melanconica rimane intatta la capacità di ricordare gli avvenimenti del passato: la "frattura" non riguarda le funzioni cognitive, ma il vissuto della temporalità che smarrisce il flusso unitario di passato, presente e futuro. Il tempo melanconico non è un tempo semplicemente rallentato, ma un tempo qualitativamente diverso, in cui le dimensioni temporali perdono la loro articolazione dinamica per cristallizzarsi in configurazioni patologiche.

La solitudine melanconica e l'estraneità del corpo

"È il corpo la sorgente dei miei tormenti e delle mie angosce […] Nemmeno io comunico con il mio corpo e non riesco a identificarmi con il mio corpo: mi identifico solo con il vuoto che si crea al centro della mia esistenza."[130]

L'immobilizzazione del tempo "interiore" confina il soggetto nella propria dimensione monadica, isolandolo dal mondo, dall'altro e rendendolo estraneo al proprio corpo. Le modificazioni temporali si accompagnano necessariamente all'estraneità dell'Io e del mondo, configurando una forma di solitudine che Borgna definisce "autistica"[131].

Il vissuto melanconico è caratterizzato dal carattere dell'estraneità al mondo, in cui il tessuto delle relazioni interpersonali si assottiglia progressivamente, lasciando posto a un isolamento esistenziale che amplifica la sofferenza. L'altro, che nell'esperienza normale del con-Esserci rappresenta una dimensione costitutiva dell'essere-nel-mondo, diventa un'entità distante, talvolta irraggiungibile, provocando sensazioni di isolamento radicale e di solitudine.
Questa solitudine melanconica ha una struttura particolare: non è semplicemente l'assenza fisica degli altri, ma l'impossibilità di stabilire relazioni significative anche quando gli altri sono presenti. Il melanconico può trovarsi circondato da persone e

[130] Dalla testimonianza della paziente Paola in E. Borgna, *Malinconia*, cit., p. 78.
[131] E. Borgna, *Malinconia*, cit., p. 83.

continuare a sperimentare una solitudine assoluta, perché la sua capacità di aprirsi al con-Esserci risulta compromessa dalla chiusura esistenziale generale.

Parallelamente, si manifesta una trasformazione radicale del rapporto con il proprio corpo. Nella condizione normale, il corpo funziona come l'apertura originaria al mondo, ciò che mette la soggettività in situazione e in relazione con l'essere. Il corpo vissuto (*Leib*) è normalmente caratterizzato da una duplicità dialettica: è insieme corpo-vissuto che apre al mondo e corpo-oggetto che può essere tematizzato. Nella depressione, questa dialettica si rompe e il corpo rischia di ridursi a puro corpo-cosa (*Körper*), perdendo la sua capacità trascendente di apertura al mondo.

Il corpo melanconico non solo perde la sua trascendenza, ma viene percepito come disincarnato, incapace di esprimere i sentimenti come la tristezza e la disperazione o il dolore che attanaglia il vissuto psicotico, incapace di piangere[132]. Diventa un peso insopportabile che risucchia ogni intenzionalità diretta verso il mondo e gli altri, configurandosi come una delle strutture portanti della depressione. Il corpo non è più il mezzo attraverso cui si abita il mondo, ma diventa l'ultimo oggetto "pesante" che il melanconico trascina con sé nella propria quotidianità, l'unico elemento del mondo che, per quanto estraneo, rimane ancora in qualche modo accessibile.

Le tonalità emotive fondamentali dell'esistenza melanconica

L'analisi della modificazione dell'essere-nel-mondo nella melanconia clinica risulterebbe incompleta senza un approfondimento delle tonalità emotive che caratterizzano questa particolare modalità esistenziale.

Come abbiamo visto, la sofferenza melanconica non si configura come un semplice dolore psicologico circoscritto, ma come una situazione emotiva fondamentale che modifica la totalità dell'apertura al mondo. A differenza di emozioni specifiche e transitorie che colorano particolari aspetti dell'esperienza, la sofferenza depressiva si caratterizza come una modalità pervasiva di esistere che trasforma la qualità stessa dell'essere-nel-mondo.

[132] *Ivi*, p. 75.

Questa sofferenza totalizzante opera una modificazione ontologica: il mondo non appare più come il campo familiare delle possibilità e dei progetti, ma si trasforma in un orizzonte ostile, impenetrabile, chiuso alla trascendenza. Borgna spiega la sofferenza melanconica come l'articolarsi di tre modalità fenomenologicamente distinte ma strutturalmente unite: la perdita come stile fondamentale dell'esperienza, la colpa melanconica come modalità specifica del rapporto con la propria gettatezza, e la disperazione come chiusura radicale dell'orizzonte del possibile[133].

Come aveva già intuito Binswanger, la perdita non costituisce il contenuto accidentale dell'esperienza depressiva, ma ne rappresenta lo "stile proprio". Il melanconico non ha semplicemente perduto qualcosa di specifico – un oggetto, una persona, una situazione – ma esperisce il mondo stesso secondo la modalità della perdita. Questa non è quindi riducibile al lutto per oggetti determinati, ma si configura come modalità apriorica attraverso cui ogni ente si manifesta alla coscienza melanconica: tutto appare già perduto, sottratto, irrecuperabile. Il mondo si presenta strutturalmente carente, privato di quella pienezza di senso che caratterizza l'esperienza normale. Questa carenza non deriva dalla constatazione empirica di specifiche mancanze, ma precede e rende possibile ogni particolare esperienza di privazione.

La colpa melanconica presenta una struttura fenomenologica specifica che la distingue tanto dalla colpa morale quanto dal normale senso di responsabilità. Mentre nella colpa morale il soggetto si riconosce autore di azioni contrarie a determinati principi etici, la colpa melanconica investe la totalità dell'esistenza senza riferimento ad azioni specifiche. Il melanconico si sente colpevole non per quello che ha fatto, ma per il fatto stesso di esistere. Questa colpa esistenziale rivela un'alienazione profonda dalla propria gettatezza: invece di assumere la propria situazione come orizzonte di possibilità, il *Dasein* melanconico la vive come condanna insormontabile. La gettatezza, che nell'esistenza autentica rappresenta la condizione di possibilità della libertà progettuale, nella melanconia si trasforma nel peso di un'esistenza sofferente non scelta e non voluta.

[133] *Ivi*, pp. 39-68.

La disperazione melanconica rappresenta la manifestazione più radicale della contrazione esistenziale che caratterizza l'esperienza depressiva. Dal punto di vista fenomenologico-ermeneutico, essa non coincide con la semplice perdita di ottimismo o di fiducia nei confronti di specifiche possibilità future, ma costituisce una modificazione strutturale del rapporto dell'Esserci con la dimensione del possibile in quanto tale. È la perdita radicale dell'orizzonte delle possibilità come orizzonte.

Nella condizione non patologica, la speranza non è meramente un atteggiamento psicologico, ma rappresenta la dimensione emotiva fondamentale che accompagna l'apertura progettuale del *Dasein*. Essere nella speranza significa esistere nel modo dell'anticipazione attiva, del movimento verso possibilità che si presentano come accessibili e significative per la propria realizzazione esistenziale. La speranza costituisce quindi la contropartita emotiva della struttura progettuale dell'esistenza umana: senza la capacità di anticipare emotivamente possibilità significative, il *Dasein* perde uno dei motori fondamentali della sua dinamica trascendente.

Nell'esperienza melanconica, il venir meno della speranza non coincide con la previsione di esiti negativi per progetti specifici, ma con la compromissione della capacità progettuale stessa. Il melanconico non si limita a temere il fallimento delle proprie iniziative: egli perde la capacità di costituire progetti autentici. Questa modificazione ha conseguenze temporali decisive: mentre nell'esistenza normale il futuro "richiama" il presente verso possibilità da realizzare, generando quella tensione trascendente che caratterizza la temporalità autentica, nell'esperienza melanconica il futuro diventa una dimensione opaca che non produce più alcun movimento progettuale. Il presente si immobilizza così in una ripetizione stagnante, privato della dinamica anticipatrice che lo orienta normalmente verso il non-ancora-compiuto.

Sofferenza, colpa e disperazione sono elementi che, se afferrati isolatamente, non sempre corrispondono ad un fenomeno patologico, in quanto sono "segni" costitutivi non solo dell'esperienza depressiva, ma anche di stati d'animo malinconici non

necessariamente patologici.[134] Per questo motivo, Borgna insiste sull'importanza di una diagnosi psicopatologica che valuti qualitativamente i segni, le narrazioni e i vissuti dei pazienti, al fine di cogliere in essi ciò che li distingue qualitativamente dall'esperienza non psicotica[135].

Nell'analisi di Borgna la sofferenza diventa totalizzante, la colpa esistenziale e la disperazione è vissuta come conseguenza della chiusura del possibile: non si tratta solo di sfumature, ma di una pregnanza qualitativa che li contraddistingue e dona loro senso solo se inserite in un discorso di fondazione fenomenologica[136]. Questi non rappresentano tre fenomeni indipendenti che si sommano nell'esperienza depressiva, ma costituiscono tre dimensioni di un'unica trasformazione esistenziale. È l'alterazione della *Befindlichkeit* fondamentale che genera simultaneamente tutte queste modificazioni, riorganizzando l'intera esistenza secondo la modalità della chiusura, della contrazione, della perdita di mondo. Questa unità patica spiega la particolare "coerenza interna" che contraddistingue l'esperienza melanconica e la distingue da semplici fluttuazioni dell'umore: ogni aspetto dell'esistenza risulta riorganizzato secondo un'unica tonalità emotiva fondamentale che modifica l'apertura originaria al mondo e alle possibilità.

"*Mi sembrava di potere credere. Il futuro: senza fissare orizzonti: una situazione aperta. La speranza che si apriva; ed era come una nuova vita.*"[137]

3.5. Due fenomenologie, due psichiatrie: il confronto sistematico tra approccio trascendentale ed ermeneutico

L'analisi condotta attraverso il dispositivo ermeneutico della depressione ha rivelato come la scelta tra approccio fenomenologico-trascendentale e fenomenologico-

[134] Borgna nel suo testo *Malinconia* parla di "due melanconie", distinguendo tra lo stato affettivo connaturato all'esistenza umana e la vera e propria declinazione patologica.
[135] E. Borgna, *Malinconia*, cit., pp. 21-22.
[136] *Ibidem*, p. 23.
[137] Dalla testimonianza della paziente Maria Teresa in E. Borgna, *Malinconia*, cit., pp. 47-48.

ermeneutico non rappresenti una semplice preferenza metodologica, ma implichi conseguenze teoriche e pratiche differenti per la comprensione e il trattamento della sofferenza psichica. La domanda "quale fenomenologia per la psichiatria?" si rivela quindi tutt'altro che irrilevante: le due tradizioni fenomenologiche generano due modalità sostanzialmente diverse di concepire la patologia mentale, il rapporto terapeutico e le possibilità di guarigione.

3.5.1. Differenze epistemologiche fondamentali

Oggetto di indagine e metodo di accesso

La prima differenza sostanziale riguarda la definizione stessa dell'oggetto di indagine. L'approccio fenomenologico-trascendentale, attraverso l'analisi binswangeriana, si propone di identificare l'*eidos* della melanconia clinica, ovvero l'essenza invariante che caratterizza universalmente gli elementi costitutivi dell'esperienza depressiva al di là delle sue manifestazioni empiriche particolari. L'obiettivo è raggiungere una comprensione strutturale del fenomeno attraverso l'analisi della modificazione delle strutture intenzionali della coscienza. La domanda guida diventa: "Quali sono i caratteri essenziali e universali che definiscono fenomenologicamente l'esperienza melanconica?"

L'approccio fenomenologico-ermeneutico, invece, privilegia la comprensione interpretativa dei vissuti singolari nella loro concretezza esistenziale. Non cerca essenze universali, ma significati situati, modalità specifiche attraverso cui l'esistenza melanconica si manifesta nell'esperienza viva dei pazienti. La domanda diventa: "Come si declina il vissuto depressivo nell'esperienza concreta delle singole esistenze e quali significati vi si inscrivono?"

Questa differenza di oggetto comporta necessariamente metodi di accesso diversi. Binswanger procede attraverso l'analisi eidetica, cercando di isolare le strutture invarianti dell'esperienza melanconica mediante variazioni immaginative sui casi clinici. Borgna, invece, sviluppa una metodologia ermeneutica basata sull'ascolto narrativo, sulla raccolta delle parole dei pazienti e sull'interpretazione dei loro vissuti alla luce delle categorie esistenziali heideggeriane.

Concezione della temporalità

Le due concezioni della temporalità rappresentano forse la differenza più significativa tra i due approcci. In Husserl la temporalità è concepita come flusso intenzionale continuo caratterizzato dalla sintesi unitaria di ritenzione, presentazione e protensione. La patologia melanconica emerge come disfunzione di questa sintesi temporale: i "fili" dell'intreccio intenzionale si allentano, compromettendo la capacità della coscienza di costituire oggetti temporali coerenti. Il melanconico sperimenta una "ritenzione infiltrata da momenti protentivi" e una "protensione infiltrata da momenti ritentivi", che impediscono l'autentica presentazione del presente.

In Heidegger la temporalità è invece concepita come unità estatica di futuro, esser-stato e presente, in cui ogni dimensione rimanda alle altre in una totalità progettuale. La patologia melanconica non è disfunzione della sintesi intenzionale, ma contrazione dell'apertura progettuale: il futuro si chiude, l'esser-stato diventa fardello paralizzante, il presente si immobilizza. Non si tratta di un problema di "sintesi" temporale, ma di perdita della dinamica trascendente che caratterizza l'esistenza autentica.

Angoscia esistenziale e angoscia melanconica

"Non si può neanche morire. Sono solo carne e ossa, senza vita. […] Non mi sento più né viva né morta. È una cosa tremenda avere questo senso di vuoto. Tutto è vuoto. C'è una forza tremenda che non mi lascia morire."[138]

"Mi sento come prigioniera nelle sabbie mobili; e i tentativi per uscirne fuori sono sempre più blandi e disperati, e raggiungono solo lo scopo di farmi precipitare più a fondo."[139]

L'analisi della modificazione temporale e dell'apertura esistenziale nell'esperienza melanconica solleva una questione teorica cruciale riguardo alla natura e al significato

[138] Dalla testimonianza della paziente Anna, in E. Borgna, *Malinconia*, cit., p. 60.
[139] Dalla testimonianza della paziente Maria Teresa, in E. Borgna, *Malinconia*, cit., p. 61.

dell'angoscia depressiva. La distinzione tra l'angoscia esistenziale tematizzata da Heidegger e quella che caratterizza l'esperienza melanconica rappresenta infatti uno dei nodi concettuali più delicati nell'applicazione dell'ermeneutica fenomenologica alla comprensione della sofferenza psichica.

Binswanger introduce una distinzione fondamentale tra l'angoscia esistenziale heideggeriana e l'angoscia melanconica, caratterizzando quest'ultima come un "fenomeno naturale" della depressione, ovvero un fenomeno che nasce nel contesto del vissuto depressivo ed è relativo ad esso. Questa distinzione non è meramente classificatoria, ma tocca il cuore della questione ontologica: mentre l'angoscia autentica di *Essere e Tempo* rappresenta per l'Esserci un'occasione di apertura radicale al proprio essere-finito e quindi una via privilegiata verso l'autenticità, l'angoscia melanconica si configura come un'esperienza patologica che, lungi dall'aprire possibilità autentiche, le preclude sistematicamente.

L'angoscia esistenziale heideggeriana emerge dall'incontro originario con il nulla e si caratterizza come apertura fondamentale alla possibilità di un'esistenza autentica. Attraverso l'esperienza angosciante del proprio essere-gettato, l'Esserci può accedere alla comprensione della propria finitudine e libertà, riscoprendo la propria capacità progettuale al di là delle determinazioni dell'esistenza quotidiana. Si tratta di un'angoscia "produttiva" dal punto di vista esistenziale, che dischiude l'orizzonte dell'autenticità.

Al contrario, l'angoscia melanconica nasce dall'allentamento dei fili della trama costituente l'oggettività temporale e si presenta quindi come fenomeno patologico. Essa non apre al possibile, ma si configura come paralisi nella "vuota possibilità". Mentre nell'angoscia autentica l'Esserci esperisce "l'orrore davanti alla possibilità di essere messo in discussione nella propria esistenzialità"[140], nell'angoscia depressiva si manifesta "l'orrore davanti alla perdita della possibilità di poter rimanere ancora in

[140] E. Borgna, *Malinconia*, cit., p. 57.

vita"[141]. La prima genera apertura e movimento verso l'autenticità; la seconda produce chiusura e immobilità esistenziale.

È significativo che nell'angoscia melanconica permanga il carattere della "mancanza di oggetto" che Heidegger attribuisce all'angoscia esistenziale, ma questa mancanza assume un significato radicalmente diverso. Mentre nell'esperienza autentica l'assenza di oggetto specifico dell'angoscia rivela la totalità dell'essere-nel-mondo, nell'esperienza melanconica questa stessa assenza si trasforma in vuoto paralizzante. L'angoscia depressiva non è quindi un esistenziale in senso heideggeriano, ma presenta un carattere di morbosità che non si può rimuovere e che compromette la stessa possibilità di movimento verso l'*ipseità* autentica[142].

Binswanger sostiene che non si può neppure parlare di "un'angoscia senza possibilità di ipseità", poiché le differenze sono più profonde: ciò che rimane in quella esperienza sconvolgente di sospensione dolorosa dell'angoscia depressiva, ciò che "fugge dappertutto" nell'esperienza melanconica non sia il "puro Esserci", ma solamente "il puro essere-in-vita"[143]. Questa distinzione è decisiva: mentre l'angoscia autentica mette in questione l'esistenzialità dell'Esserci aprendo così alla possibilità di una comprensione più profonda di sé, l'angoscia melanconica minaccia la vita stessa nella sua dimensione più elementare, senza generare alcuna apertura significativa.

La conseguenza di questa distinzione ontologica è che non si può confondere la guarigione dalla melanconia – e quindi il "ritrovamento di sé stessi" che ne deriva – con l'autentica ipseità che si fonda sull'essere esposti all'angoscia esistenziale. Come osserva Binswanger, non è comune che un paziente melanconico sperimenti "un 'approfondimento' della sua esistenza in seguito alla malattia"[144], e un'eventuale guarigione dalla depressione rappresenta piuttosto un "ritorno alla vita" dell'Io,

[141] *Ibidem*.
[142] L. Binswanger, *Melanconia e Mania*, cit., pp. 58-59.
[143] *Ibidem*.
[144] *Ivi*, p. 59.

processo qualitativamente diverso dal movimento verso l'autenticità che caratterizza l'esperienza dell'angoscia originaria[145].

Borgna conferma questa distinzione, pur evidenziando come l'angoscia depressiva mantenga una sua radicale affinità con quella autentica, in quanto priva di oggetto e in quanto scende nella profondità della soggettività e produce esperienze di assoluta pregnanza esistenziale, trascendendo le categorie cliniche tradizionali. Nella sua prospettiva, l'angoscia, anche quella melanconica, rimane nella sua essenza un "elemento costitutivo e implacabile della condizione umana"[146], trasformandosi e cambiando con l'andamento della depressione, oppure permanendo ed estendendosi anche oltre la sintomatologia patologica[147].

Questo confronto rivela una differenza metodologica fondamentale tra i due approcci fenomenologici nella comprensione della patologia mentale. L'approccio trascendentale, attraverso l'analisi binswangeriana, tende a tracciare distinzioni nette tra fenomeni autentici e fenomeni patologici: l'angoscia esistenziale appartiene alla sfera dell'autentico e dell'originario, mentre l'angoscia melanconica è relegata al dominio della patologia come "fenomeno naturale". Questa distinzione riflette la tendenza husserliana a identificare le essenze pure attraverso riduzioni e distinzioni eidetiche rigorose.

L'approccio ermeneutico, invece, pur riconoscendo la specificità dell'angoscia melanconica, mantiene un atteggiamento più dialettico verso la relazione tra autenticità e patologia. Per Borgna, anche l'esperienza patologica conserva una dimensione di verità esistenziale, poiché rivela aspetti fondamentali della condizione umana che rimangono altrimenti nascosti nell'esperienza quotidiana. L'angoscia melanconica, pur nella sua dimensione morbosa, conserva la capacità di disvelare la vertiginosa instabilità della condizione umana[148].

---

[145] *Ibidem*.
[146] E. Borgna, *Malinconia*, cit., p. 61.
[147] *Ibidem*.
[148] *Ivi*, pp. 55-65.

La distinzione tra due possibili comprensioni dell'angoscia illumina così una tensione fondamentale nella fenomenologia applicata alla psichiatria: fino a che punto l'esperienza patologica conserva un significato esistenziale autentico, e in che misura la guarigione deve limitarsi al ripristino funzionale o può aprire possibilità di trasformazione esistenziale? Questa tensione attraversa tutto il dibattito contemporaneo sulla psichiatria fenomenologica e richiede una presa di posizione teoretica esplicita da parte di ogni approccio terapeutico fenomenologicamente informato.

3.5.2. Implicazioni per la comprensione clinica e per la prassi psichiatrica

Classificazione e prassi terapeutica

Le due prospettive analizzate potrebbero generare due approcci differenti al processo di classificazione dei disturbi mentali.

L'approccio trascendentale tende verso una classificazione fenomenologicamente informata che identifichi tipi essenziali di modificazione della coscienza. La depressione viene definita attraverso i suoi caratteri strutturali invarianti, permettendo una classificazione basata sull'analisi della modificazione delle strutture intenzionali piuttosto che sulla mera sintomatologia comportamentale.

L'approccio ermeneutico, invece, privilegia la comprensione idiografica del singolo caso, resistendo a forme troppo rigide di classificazione che possano ridurre la ricchezza esistenziale del vissuto particolare. Ogni melanconia è unica perché ogni esistenza è unica, e la diagnosi diventa piuttosto un'interpretazione del significato che la sofferenza assume nella totalità biografica del paziente.

Più che questa differenza, però, c'è un'analogia tra le due prospettive che è estremamente più rilevante e fondamentale alla luce dello stato attuale della psichiatria contemporanea. In entrambi gli approcci si abbandonerebbe la classificazione dei disturbi mentali sulla base di una lista di sintomi intesi come "segni" del comportamento, sostituendo la riduzionistica spiegazione della psicosi con una comprensione profonda del fenomeno e delle sue manifestazioni. Si recupererebbe l'importanza del dialogo terapeutico, al fine di far emergere i vissuti del paziente e

riuscire a cogliere i fenomeni nel loro darsi così come si danno attraverso la narrazione, praticando l'epochè e recuperando la relazione dialogica medico-paziente come principale strumento di terapia e accompagnamento.
L'impatto della fenomenologia sulla psichiatria non si limita solamente alla sua rifondazione concettuale e teorica, ma investe necessariamente anche le metodologie e la prassi terapeutica.

Concezione della guarigione

Le due concezioni della guarigione riflettono le differenze teoriche fondamentali. Nell'approccio trascendentale, guarire significa ripristinare la capacità costitutiva della soggettività trascendentale, riannodare i fili della temporalizzazione, permettere alla coscienza di tornare a costituire mondo e tempo in modo funzionale. È una concezione "riparativa" della guarigione.

Nell'approccio ermeneutico, guarire significa piuttosto riaprire l'orizzonte delle possibilità esistenziali, ritrovare la capacità progettuale, riappropriarsi della propria temporalità biografica. Non si tratta di riparare una funzione, ma di riattivare una dinamica esistenziale. È una concezione "trasformativa" della guarigione.

3.5.3. Verso una scelta consapevole

L'analisi condotta dimostra l'importanza di una riflessione critica e approfondita sui presupposti e le implicazioni metodologiche, teoriche e pratiche del discorso sulla fondazione fenomenologica della psichiatria. È necessaria una consapevolezza delle differenti comprensioni a cui portano i due orientamenti fenomenologici esaminati finora, al fine di procedere nel dibattito sulla psichiatria fenomenologica in modo rigoroso e consapevole.
La scelta tra i due approcci non è neutrale, poiché comporta differenze teoriche, metodologiche e pratiche, e un approccio sincretistico tra le due risulta molto complesso, date le differenze sostanziali che distinguono i due sguardi.

La distinzione non rappresenta solo un interesse accademico, ma ha implicazioni dirette anche per la pratica clinica, in quanto parte da premesse teoriche e concettuali

differenti, che inevitabilmente conferiscono una forma diversa alla prassi terapeutica. Una scelta consapevole e coerente potrebbe anche aprire possibilità terapeutiche innovative e fenomenologicamente informate.

L'auspicio è che la psichiatria del futuro possa sviluppare una consapevolezza epistemologica che le permetta di indagare le diverse implicazioni tra i vari approcci fenomenologici per poter ricostruire delle solide fondamenta. Solo attraverso questa consapevolezza metodologica la psichiatria fenomenologica potrà realizzare appieno le proprie potenzialità innovative rispetto ai paradigmi riduzionistici dominanti.

La melanconia clinica, in quanto esperienza-limite che sfida le categorie nosografiche tradizionali, si rivela così non solo oggetto privilegiato di indagine fenomenologica, ma anche banco di prova per verificare la fecondità di diversi approcci fenomenologici alla comprensione della sofferenza psichica. È precisamente in questa capacità di generare comprensioni differenziate e metodologicamente coerenti che risiede il contributo specifico della fenomenologia alla rifondazione della psichiatria contemporanea.

Capitolo 4 | Per una psichiatria autenticamente fenomenologica

> Il sapersi mantenere *con* l'altro e non semplicemente *di fronte* all'altro – anche se quest'altro è uno psicotico che per natura sembrerebbe sottrarsi all'offerta di coesistenza – è un compito straordinariamente difficile che punta a una meta quanto mai ardua da raggiungere.
>
> U. Galimberti, *Psichiatria e fenomenologia* (1979), p. 22.

Il presente capitolo intende rispondere alla domanda che ha guidato l'intero percorso: è possibile una psichiatria autenticamente fenomenologica e perché è necessaria?

I capitoli precedenti hanno diagnosticato la crisi di scientificità della psichiatria biologistica (Capitolo 1) e chiarito le divergenze strutturali tra fenomenologia husserliana e heideggeriana (Capitolo 2), mostrando attraverso l'analisi della melanconia (Capitolo 3) come queste divergenze conducano a comprensioni cliniche differenti. Rimangono ora da affrontare due questioni decisive: in che modo concretamente si realizza una diagnosi fenomenologicamente informata? E quali limiti costitutivi presenta questo approccio?

La risposta a queste domande permetterà di delineare i tratti fondamentali di una psichiatria che sappia integrare il rigore fenomenologico con le acquisizioni delle neuroscienze, senza ridurre la soggettività sofferente a mero oggetto biologico.

Per comprendere concretamente come tutto ciò sia possibile sia sul piano teoretico sia pratico, occorre esaminare sistematicamente le modalità operative e i limiti costitutivi di un approccio fenomenologico in psichiatria, al fine di argomentare in modo filosoficamente rigoroso in favore della possibilità effettiva di una psichiatria fenomenologica che risponda autenticamente alle necessità concettuali e alle esigenze pratiche della psichiatria contemporanea che sono state individuate e analizzate nei capitoli precedenti di questa ricerca.

4.1. Le quattro dimensioni operative della diagnosi fenomenologica

Per comprendere concretamente come si realizzi una psichiatria fenomenologicamente fondata nella prassi clinica quotidiana, è necessario analizzare le modalità operative specifiche che distinguono l'approccio fenomenologico da quello puramente biologistico. Zaninotto e Altobrando hanno recentemente identificato quattro concetti fondamentali che possono rappresentare le articolazioni portanti di una diagnosi fenomenologicamente orientata. Questi quattro concetti – "oscillazione metodologica", "esperienza olistica", "co-costruzione dei sintomi", "tipificazione evolutiva" – non costituiscono semplici tecniche da applicare meccanicamente, ma dimensioni interconnesse di un *atteggiamento* clinico complessivo che richiede una sorta di "spontaneità disciplinata" che la complessità dell'oggetto psichiatrico necessariamente esige.[149]

4.1.1. L'oscillazione metodologica: il "tightrope walking"

La prima dimensione operativa fondamentale che caratterizza l'atteggiamento clinico fenomenologicamente fondato riguarda ciò che Zaninotto e Altobrando definiscono metaforicamente come "tightrope walking attitude"[150], ovvero la disposizione del terapeuta a "camminare sul filo del rasoio". Questa metafora cattura efficacemente la capacità del clinico di oscillare costantemente tra due tendenze diverse e talvolta apparentemente contrastanti senza mai fissarsi stabilmente su uno solo dei due poli. La pratica psichiatrica fenomenologica implica un oscillare costante, quasi funambolico, tra l'"aver-di-fronte-qualcosa" e l'"essere-con-qualcuno": tra osservazione clinica e partecipazione dialogica. Non si tratta di due momenti opposti, ma di poli in tensione che si arricchiscono reciprocamente.

---

[149] L. Zaninotto, A. Altobrando, *Four Core Concepts in Psychiatric Diagnosis*, in "Psychopathology", (2021), p. 2, DOI: 10.1159/000520334.
[150] *Ivi*, p. 1.

Il fondamento teorico di questa oscillazione metodologica si trova nell'insegnamento di Karl Jaspers, il quale nella sua Psicopatologia Generale (1913) ha elaborato il concetto di "coscienza metodologica"[151], ovvero la consapevolezza critica e riflessiva che lo psichiatra/psicologo deve avere riguardo agli obiettivi della psicopatologia, ai metodi utilizzati e ai limiti di ciascun metodo. Questa è, dunque, la capacità di sapere quale metodo si sta usando in ogni momento della terapia senza confondere i diversi piani metodologici, riuscendo ad "oscillare" tra metodi diversi quando diventa necessario.

Per Jaspers, lo psichiatra deve avere *coscienza metodologica* quando oscilla tra *spiegazione* (*erklären*), metodo che appartiene alle scienze della natura, e *comprensione* (*verstehen*), che è proprio delle scienze dello spirito[152].
Le spiegazioni mirano ad esplorare le relazioni causali tra eventi al fine di trovare una regola generale, e servono il processo diagnostico indirizzando il clinico verso specifiche vie di indagine. Attraverso l'analisi di un caso clinico, lo psichiatra osserva e raccoglie i "fatti" da una prospettiva in terza-persona (*third-person perspective*), in modo che possano essere analizzati, posti in connessione tra di loro e successivamente sottoposti a verifica empirica.
Al contrario, la comprensione riguarda tutti quegli eventi psichici che necessitano di essere colti attraverso una sorta di processo intuitivo basato su un *esperire comune* (*miterleben*) tra il clinico e il paziente. Il processo di comprensione si fonda sul coltivare empatia per le esperienze del paziente attraverso una prospettiva in prima-persona (*first-person perspective*), cercando di "attualizzare", per quanto possibile, nella propria coscienza ciò che le parole, l'espressione corporea e il comportamento del paziente stanno comunicando della sua vita psichica e di ciò che sta vivendo[153].

Entrambe queste modalità conoscitive – spiegare e comprendere – sono necessarie allo psichiatra perché è proprio l'oggetto della psichiatria che richiede una sorta di "visione

[151] K. Jaspers, *Allgemeine Psychopatologie*, (1913); tr. it. *Psicopatologia Generale*, (2012), Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
[152] *Ibidem*.
[153] L. Zaninotto, A. Altobrando, *Four Core Concepts in Psychiatric Diagnosis*, cit., p. 2.

binoculare"[154], un dualismo metodologico fondato tanto su spiegazioni causalmente vincolanti e generalmente valide, quanto su comprensione soggettiva, intuitiva ed empatica.
La prassi diagnostica in psichiatria richiede quindi al clinico di assumere questa *postura* fenomenologica che gli permette di "camminare sul filo", al fine di evitare tanto il pericolo di una fredda e distaccata oggettivazione del paziente ridotto a mero portatore di sintomi, quanto quello di una sovra-identificazione che annullerebbe la distanza necessaria al giudizio clinico.[155]

Questo esercizio richiede non solo la capacità di "modulazione della distanza", ovvero la capacità di regolare continuamente la distanza relazionale con il paziente, ma anche la capacità di oscillare costantemente tra spiegazione e comprensione, tra osservazione distaccata in terza persona e immersione coinvolta in prima persona, e infine tra intuizione empatica pre-verbale e pensiero critico teoreticamente orientato, rivolto a verificare tale intuizione attraverso l'osservazione empirica, il ragionamento consequenziale e il confronto con costrutti psicopatologici[156].

4.1.2. L'esperienza olistica e atmosferica

La seconda dimensione operativa fondamentale della prassi psichiatrica fenomenologica riguarda ciò che Zaninotto e Altobrando definiscono come "*esperienza olistica*", ovvero quella dimensione intuitiva, non-verbale e pre-tematica che emerge nelle fasi iniziali dell'incontro clinico: la percezione immediata del "clima" o dell'"atmosfera" che si crea nello spazio condiviso tra clinico e paziente.[157]

Come accennato nei capitoli precedenti, negli ultimi anni da più parti è stata invocata una rivalutazione del ruolo dell'*intuizione clinica* come elemento essenziale per lo sviluppo di una concettualizzazione teoricamente coerente della diagnosi psichiatrica[158]. Uno dei concetti più rilevanti in questo ambito è quello del *praecox*

[154] *Ibidem.*
[155] *Ivi*, p. 2-3.
[156] *Ivi*, p. 3.
[157] *Ivi*, p. 1.
[158] *Ivi*, p. 3.

feeling[159], sviluppato dallo psichiatra olandese H.C. Rümke. Attraverso l'analisi di numerosi casi clinici, l'autore ha messo in luce l'importanza della componente intuitiva nello sguardo del clinico all'interno della dinamica relazionale con il paziente.

Rümke osserva che incontrando un paziente schizofrenico per la prima volta, anche dopo una breve valutazione dello stato mentale, diventa chiaro allo psichiatra che la comprensione e la relazione empatica risultano in qualche modo ostacolate, che qualcosa nella relazione non fluisce come farebbe normalmente. Questa esperienza è descritta come piuttosto immediata, pre-verbale e globale, fondata su un "attributo indefinibile" che circonda la persona, più che su un'elencazione esplicita di segni e sintomi misurabili[160]. È proprio questa qualità olistica che conferisce specificità alla diagnosi psichiatrica fenomenologicamente orientata.

Il *praecox feeling* non costituisce, quindi, una qualità puramente soggettiva del clinico né puramente oggettiva del paziente. Esso viene piuttosto concepito come un evento "intermedio", ovvero come una qualità specifica dello *spazio relazionale* che si costituisce *tra* psichiatra e paziente nell'incontro e nel dialogo.[161]

Questa percezione atmosferica si manifesta come un'esperienza immediata e in gran parte inconscia, nutrita da indizi sintomaticamente informativi che sfuggono alla tematizzazione esplicita: lo sguardo del paziente, il suo modo di camminare, la presenza di movimenti involontari, o persino il valore simbolico e metaforico delle parole che sceglie per descrivere la propria esperienza.[162] Tutti questi elementi contribuiscono a creare quell'atmosfera peculiare che il clinico può percepire.

È possibile individuare almeno tre caratteristiche comuni a questo tipo di percezione:

1. anzitutto, la natura intuitiva, immediata e pre-riflessiva del processo, riconducibile alla sfera del corpo vivo e dello spazio vissuto. La percezione atmosferica non è frutto di un ragionamento deduttivo o di un'analisi

[159] H. C. Rümke, J. Neeleman (tradotto da), *The nuclear symptom of schizophrenia and the praecox feeling*, in "History of Psychiatry", (1990), pp. 331–41, DOI: 10.1177/0957154X9000100304.
[160] *Ibidem*.
[161] L. Zaninotto, A. Altobrando, *Four Core Concepts in Psychiatric Diagnosis*, cit., p. 3.
[162] *Ibidem*.

sistematica dei sintomi, ma emerge spontaneamente nell'incontro corporeo con l'altro;

2. in secondo luogo, la sua apertura alla tematizzazione successiva. Queste impressioni pre-riflessive possono e devono essere successivamente articolate verbalmente, trasformate in conoscenza tematica e comunicabile. L'intuizione atmosferica non rimane chiusa in una sfera inesprimibile, ma costituisce il punto di partenza per l'elaborazione diagnostica;
3. infine, e questo è l'aspetto fenomenologicamente più rilevante, la natura costitutivamente intersoggettiva di questi contenuti. Nella percezione atmosferica la distinzione netta tra percipiente e percepito sembra in qualche modo svanire o almeno attenuarsi. I fenomeni non sono colti né da una prospettiva puramente in prima persona (io che osservo dall'interno) né puramente in terza persona (io che osservo dall'esterno come scienziato distaccato), ma da quella che potremmo chiamare una prospettiva in seconda persona: l'esperienza del *Tu* che mi si presenta nel dialogo.[163]

Questa terza caratteristica diventa particolarmente evidente se si considera cosa accade quando si interagisce con qualcuno: si è immediatamente coinvolti in uno spazio condiviso nel quale pensieri, emozioni e azioni si adattano continuamente e si modificano in risposta alla situazione dialogica in corso. Non si è mai osservatori neutrali, ma sempre già partecipi di una dinamica relazionale che trasforma.

In questo senso, il colloquio fenomenologico si distingue radicalmente dall'intervista psichiatrica standardizzata. Non mira a "estrarre" sintomi dalla mente del paziente come dati oggettivi da registrare, ma a cogliere il fenomeno dell'esperienza psicotica nella sua totalità vissuta, attraverso l'ascolto del linguaggio verbale, l'attenzione al tono emotivo che lo permea, l'osservazione della gestualità spontanea, e soprattutto la partecipazione a quelle atmosfere intersoggettive che emergono nello spazio relazionale condiviso.

[163] *Ivi,* p.4.

4.1.3. La co-costruzione dei sintomi attraverso l'empatia

La terza dimensione operativa fondamentale della diagnosi fenomenologica riguarda quello che Zaninotto e Altobrando chiamano la "co-costruzione dei sintomi": un processo ermeneutico complesso che coinvolge tanto il paziente come agente attivamente impegnato nell'interpretare la propria esperienza, quanto il clinico come traduttore e interlocutore di questa esperienza[164]. Questa dimensione richiede di abbandonare la concezione ingenua dei sintomi come "dati oggettivi" presenti nel paziente e da registrare neutralmente, per riconoscere invece che i sintomi emergono sempre all'interno di un processo dialogico di costruzione condivisa del senso. Il paziente non è un oggetto passivo da cui estrarre informazioni, ma un agente attivo che interpreta attivamente la propria esperienza, che cerca di darle senso, che la articola linguisticamente nel tentativo di comunicarla. Il clinico, a sua volta, non è un osservatore neutrale ma un interlocutore che traduce, media, co-costruisce insieme al paziente una comprensione condivisa di ciò che sta accadendo.

Questa co-costruzione condivisa trova le sue radici nell'empatia, la quale, però, non viene ridotta a un generico sentimentalismo da aggiungere ad una pratica scientificamente fondata o a un'identificazione fusionale con il paziente; ci si riferisce qui all'empatia come quella forma peculiare di intuizione fenomenologica che cerca di cogliere il senso dell'esperienza altrui nella sua specificità irriducibile. L'empatia fenomenologicamente intesa costituisce l'accesso privilegiato – forse l'unico accesso possibile – all'esperienza vissuta dell'altro, precisamente perché questa è l'esperienza che non è mai data direttamente, ma solo attraverso la mediazione del corpo espressivo dell'altro. Questa fondamentale forma di condivisione emotiva immediata e pre-riflessiva precede qualsiasi inferenza razionale: quando si vede qualcuno soffrire, non si deduce logicamente che soffre, lo si percepisce direttamente nella contrazione del volto, nella pesantezza dei movimenti, nella qualità e nel tono della voce.

Sebbene un'esposizione completa del dibattito sull'empatia sia oltre lo scopo di questo capitolo, ci sono alcuni punti chiave che emergono nell'articolo di Zaninotto e

[164] *Ivi,* p.1.

Altobrando che è importante riportare, allo scopo di descrivere come un incontro tra due persone possa condurre a una tipificazione diagnostica.
Il primo aspetto da sottolineare riguarda le radici percettivo-espressive dell'empatia, la cosiddetta "empatia di base", ovvero la risonanza affettiva spontanea, corporea, pre-tematica. Essa si radica nel fatto che esistiamo come corpi vivi in relazione continua con l'ambiente e con gli altri, in un'interazione percettivo-motoria costante. I gesti, le espressioni, le posture dell'altro non sono semplici segni "esterni" di stati "interni" nascosti, ma costituiscono l'incarnazione diretta di quei vissuti nell'unità espressiva del corpo vivente. Ne consegue che la comunicazione immediata e pre-verbale tra esseri umani si fonda sull'interazione continua e dialogica tra percezione e movimento, dove i soggetti che interagiscono colgono reciprocamente le azioni espressive dell'altro come possibilità[165].

Un secondo prerequisito dell'empatia è la distinzione "sé-altro". L'esperienza dell'altro non mi è mai completamente accessibile: permane sempre una distanza, un'asimmetria costitutiva. È possibile percepire il fatto che l'altro soffre, ma come esattamente soffra, cosa significhi quella sofferenza, come si intrecci con la sua storia biografica, tutto questo rimane in parte opaco e richiede mediazione, interpretazione, dialogo. L'altro è allo stesso tempo vicino in quanto presente nel suo corpo vivo, ma anche lontano in quanto irriducibilmente altro, portatore di un'esperienza che è solo sua[166].
Questa asimmetria fondamentale diventa particolarmente rilevante nell'incontro con la sofferenza psicotica. Il clinico, infatti, deve colmare una distanza che è duplice: da un lato, la distanza costitutiva tra un soggetto e qualsiasi altro; dall'altro, la distanza specifica tra chi vive la follia nella propria specifica esperienza e chi la osserva dall'esterno.[167] L'esperienza della malattia mentale trasforma sensibilmente l'esperienza vissuta del paziente: il suo modo di vivere il tempo, di abitare lo spazio, di relazionarsi con gli altri, di percepire il proprio corpo. Tutto ciò richiede quindi un approccio multidimensionale alla comprensione.

[165] *Ivi,* p.4.
[166] *Ivi,* p.4-5.
[167] *Ivi,* p.5.

Il terzo punto chiave riguarda il fatto che in alcune situazioni, come durante un incontro clinico, la comprensione empatica deve necessariamente superare il livello dell'esperienza spontanea e puramente percettiva per diventare un processo dinamico e pragmatico che include anche elementi intenzionali e volontari.[168] In queste circostanze, il clinico non può limitarsi alla risonanza affettiva immediata – che in certi casi, come nel *praecox feeling* discusso in precedenza, può addirittura mancare – ma deve mobilitare attivamente la propria capacità immaginativa, la propria memoria di esperienze simili, la propria conoscenza teorica della psicopatologia.

È importante richiamare l'importanza e l'attualità dell'approccio all'empatia di Edith Stein. Nella sua concezione, l'empatia occupa una posizione in qualche modo ambigua, essendo simile alla percezione nel presentare "originariamente" il corpo vivente dell'altro in modo diretto e non mediato, ma anche vicina ad altre forme non originarie di esperienza, come la memoria, l'aspettativa e l'immaginazione[169], in quanto le esperienze proprie dell'altro non sono date immediatamente e direttamente.

L'analisi della Stein del vissuto empatico si sviluppa in tre passaggi fondamentali:

1. c'è un primo momento iniziale in cui i pensieri, le percezioni, i sentimenti e le intenzioni dell'altro sono immediatamente percepiti come un complesso significativo;
2. c'è poi un secondo momento di lavoro immaginativo: si compie un'esplicitazione attraverso un resoconto immaginativo, cercando di attualizzare nella propria coscienza cosa potrebbe significare vivere l'esperienza dell'altro, richiamando esperienze simili o analoghe;
3. infine, c'è un terzo momento di sintesi in cui si ritorna a una comprensione più completa dell'intera esperienza dell'altro con una comprensione più ricca e articolata, verificando se l'ipotesi interpretativa renda conto adeguatamente di ciò che è stato osservato[170].

---

[168] *Ibidem.*
[169] E. Stein, *Zum Problem der Einfühlung,* (1917), tr. it. a cura di E. Costantini ed E. S. Costantini, *Il Problema dell'Empatia*, (2023), Roma, Edizioni Studium.
[170] *Ibidem.*

Quando l'empatia raggiunge la sua dimensione pragmatica finale, essa richiede un coinvolgimento più profondo del soggetto empatizzante: l'esperienza dell'altro va oltre la percezione di base per diventare oggetto di un compito cognitivo mirante a richiamare le proprie esperienze personali e la conoscenza del senso comune per costruire un resoconto immaginativo della vita mentale dell'altro, anche nelle sue espressioni più inusuali e ambigue.[171]

Questo processo è particolarmente evidente quando il clinico si confronta con i fenomeni spesso incomprensibili delle manifestazioni della *follia*: i deliri primari, le allucinazioni, certi stati psicotici gravi. Di fronte a questi fenomeni, l'empatia spontanea si arresta, risulta impossibile comprendere realmente cosa significhi ad esempio credere fermamente in qualcosa di irreale.

Nel processo decisionale diagnostico, questo lavoro empatico risponde a quello che diventa l'interesse clinico fondamentale dello psichiatra: comprendere l'esperienza di sofferenza del paziente per poterlo aiutare. Ma questo interesse orienta anche un movimento metodologico cruciale. Il clinico si muove dalla partecipazione pre-riflessiva e intersoggettiva delle fasi iniziali dell'incontro – quella percezione atmosferica in seconda persona – verso una posizione più distaccata e riflessiva che mobilita memoria, immaginazione e conoscenza teorica[172].

Questo spostamento di prospettiva incarna precisamente quel pluralismo metodologico che è costitutivo della psichiatria e che diventa particolarmente necessario quando il clinico deve passare dall'immersione empatica in esperienze relativamente comprensibili – tristezza profonda, angoscia, disperazione – a un tentativo di rendere conto immaginativamente di fenomeni che resistono alla comprensione diretta, come i deliri strutturati o le allucinazioni complesse delle psicosi gravi. In questi casi, l'empatia spontanea non basta più: serve un lavoro deliberato di costruzione immaginativa guidato dalla teoria e dall'esperienza clinica.

[171] L. Zaninotto, A. Altobrando, *Four Core Concepts in Psychiatric Diagnosis*, cit., p. 5.
[172] *Ibidem*.

La ricerca recente ha mostrato che spesso alla base dei sintomi psicotici "primari" ci sono alterazioni più sottili e fondamentali dell'esperienza del Sé: disturbi della coscienza pre-riflessiva di essere un soggetto unitario e distinto, alterazioni del senso di proprietà dei propri pensieri e azioni, perturbazioni del flusso temporale dell'esperienza[173]. Questi "sintomi di base" o "disturbi del Sé" sono fenomenologicamente più accessibili: posso provare a immaginare cosa significhi sentire i propri pensieri come estranei, o percepire il flusso del tempo come frammentato.

Qui emerge il punto cruciale: il paziente è un agente attivamente impegnato nell'interpretare la propria esperienza. I sintomi manifesti acquisiscono senso solo quando, attraverso colloqui prolungati, emerge il tema biografico sottostante. Questi elementi non sempre sono immediatamente evidenti, e spesso non fanno parte del quadro sintomatologico iniziale. Emergono progressivamente nella relazione terapeutica, nella fiducia crescente che permette al paziente di articolare esperienze e connessioni.
Questo è ciò che si intende con "co-costruzione": i sintomi non sono semplicemente "lì", oggettivamente presenti da sempre, in attesa di essere scoperti, ma si costituiscono nel processo dialogico, attraverso il lavoro interpretativo congiunto di paziente e clinico. Il paziente cerca parole per dire l'indicibile, il clinico offre cornici interpretative che il paziente può accettare, modificare, rifiutare. Insieme costruiscono progressivamente una narrazione che renda conto dell'esperienza psicotica, che la inserisca in una storia biografica e le conferisca senso.

Questa concezione si collega direttamente con quanto sviluppato nel secondo capitolo sulla differenza tra fenomenologia husserliana e heideggeriana. Un approccio husserliano cercherebbe di descrivere le strutture essenziali invarianti dell'esperienza melanconica – le alterazioni della temporalità, dell'intenzionalità, della sintesi passiva. Un approccio heideggeriano si concentrerebbe invece sul paziente come *Dasein* che interpreta la propria esistenza alterata, che cerca di comprendere il senso del proprio essere-gettato in una condizione di sofferenza. Entrambi gli approcci riconoscono però

[173] *Ibidem*.

che l'esperienza psicotica non è un oggetto statico ma un fenomeno che si dischiude nel dialogo, che si costituisce nell'interpretazione condivisa.

La diagnosi fenomenologica diventa allora, nelle parole di Arnaldo Ballerini, un processo nel quale "il delirio non è mai comprensibile, ma un individuo delirante può essere profondamente compreso"[174]. Non è possibile riuscire a calarsi interamente nell'esperienza delirante, ma forse è possibile comprendere la persona che delira: la sua storia, i suoi traumi, le sue paure, i significati esistenziali che il delirio veicola. E questa comprensione è possibile solo attraverso la relazione prolungata, l'ascolto paziente, l'apertura empatica che invita il paziente a esprimersi pienamente.

4.1.4. La tipificazione evolutiva

La quarta dimensione operativa della diagnosi fenomenologica concerne la natura processuale e dinamica della comprensione diagnostica stessa. Zaninotto e Altobrando introducono il concetto di "tipificazione evolutiva" per designare il fenomeno per cui la relazione terapeutica prolungata non si limita ad accumulare informazioni aggiuntive su un oggetto già dato, ma trasforma qualitativamente la comprensione stessa di ciò che il paziente è e di ciò che la sua esperienza psicotica significa[175].

La diagnosi fenomenologica si confronta necessariamente con una molteplicità virtualmente infinita di elementi potenzialmente rilevanti: ogni gesto, ogni parola, ogni silenzio del paziente potrebbe essere significativo. Il clinico deve quindi stabilire una prospettiva determinata, fondata su certi valori conoscitivi e interessi pratici che nel caso della psichiatria fenomenologica sono costituiti tanto dal corpus teorico della psicopatologia quanto dall'interesse per una comprensione approfondita dell'esperienza vissuta del paziente[176]. Questa visione prospettica non è una limitazione accidentale ma una necessità strutturale di ogni conoscenza finita: non possiamo cogliere tutto simultaneamente, ma solo ciò che risulta rilevante secondo l'angolazione da cui guardiamo.

---

[174] A. Ballerini, M. Rossi Monti, *La vergogna e il delirio*, (1990), Torino, Bollati Boringhieri, p. 19.
[175] L. Zaninotto, A. Altobrando, *Four Core Concepts in Psychiatric Diagnosis*, cit., p. 1.
[176] *Ivi*, p. 6.

Questa conoscenza prospettica presuppone quella che Zaninotto e Altobrando chiamano, seguendo Husserl e Stein, una pre-comprensione tipificante dell'altro. Ogni persona possiede uno stile individuale pervasivo, un carattere tipico che si sedimenta attraverso le esperienze vissute e orienta le sue modalità d'essere e di comportarsi; la comprensione empatica, dunque, non parte mai da zero, ma si fonda sempre su questa stratificazione di esperienze, credenze, abitudini che costituiscono il patrimonio vissuto. Nel caso specifico della diagnosi psichiatrica, questa pre-comprensione deve includere tanto la familiarità con i concetti della psicopatologia fenomenologica quanto l'esperienza clinica sedimentata attraverso l'incontro con casi precedenti[177].

Per chiarire la natura di questa pre-comprensione tipificante, Zaninotto e Altobrando richiamano il concetto weberiano di "tipo ideale" (*Idealtypus*). Un tipo ideale costituisce una costruzione concettuale nella quale le caratteristiche rilevanti di un fenomeno vengono isolate nella loro purezza, liberate dalle variazioni e dalle mescolanze che caratterizzano necessariamente ogni caso empirico concreto[178]. Non si tratta di una media statistica né di una descrizione empirica completa, ma di uno strumento della ricerca che permette di orientare la comprensione evidenziando ciò che è essenziale da ciò che è accidentale, ciò che è tipico da ciò che è atipico.

L'approccio ideal-tipico e quello operazionale del DSM non sono necessariamente antitetici, ma possono risultare complementari, a condizione che si riconosca la priorità logica dell'approccio tipificante: le categorie diagnostiche e i criteri operazionali acquisiscono significato autentico solo se utilizzati da un clinico che possieda già la capacità di tipificazione fenomenologica, che sappia cioè cogliere il nucleo essenziale dell'esperienza prima di applicare le griglie classificatorie. In questo senso, l'approccio fenomenologico non sostituisce quello operazionale, ma ne costituisce il presupposto ermeneutico necessario[179].

[177] *Ibidem*.
[178] *Ibidem*.
[179] *Ibidem*.

Il processo diagnostico fenomenologico si articola quindi secondo una temporalità evolutiva specifica. Nelle fasi iniziali dell'incontro, il clinico percepisce l'atteggiamento del paziente in modo ancora rudimentale e globale: come accogliente o ostile, fiducioso o sospettoso, aperto o chiuso. La diagnosi atmosferica e il *praecox feeling* discussi precedentemente costituiscono forme embrionali di questa tipificazione pre-concettuale. Progressivamente, attraverso il dialogo e l'osservazione prolungata, questa impressione iniziale diventa tematicamente esplicita e concettualmente articolata, arricchendosi delle informazioni fornite dal paziente, dei dati anamnestici, della comprensione di ciò che i sintomi manifestano ed esprimono.
La tipificazione viene quindi sottoposta a verifica empirica, confrontata con l'evidenza che emerge nel corso della relazione. Questo è il senso proprio del circolo ermeneutico: non un circolo vizioso ma un movimento metodologicamente fecondo nel quale la pre-comprensione tipificante orienta l'osservazione, l'osservazione arricchisce e modifica la tipificazione, e attraverso questo processo iterativo la comprensione diventa progressivamente più raffinata e scientificamente fondata[180]. Il ragionamento diagnostico si configura così come un processo analogo al disegnare un ritratto: si parte da un'ipotesi iniziale delle esperienze psicopatologiche elementari e si aggiungono progressivamente dettagli man mano che si conosce la storia biografica del paziente.

La diagnosi fenomenologica si configura quindi come processo costitutivamente dinamico ed evolutivo, in radicale opposizione all'applicazione istantanea e meccanica di criteri diagnostici standardizzati. Essa richiede come condizione fondamentale la formazione primaria del clinico all'approccio fenomenologico: solo chi possiede la capacità di cogliere le strutture essenziali dell'esperienza psicotica può utilizzare i criteri diagnostici operazionali in modo autentico[181], evitando la loro degenerazione in mere etichette applicate meccanicamente.

[180] *Ibidem*.
[181] *Ibidem*.

4.2. Limiti costitutivi e questioni aperte della psichiatria fenomenologica

L'analisi delle quattro dimensioni operative della diagnosi fenomenologica ha mostrato la ricchezza ermeneutica che un approccio fenomenologicamente orientato può portare alla prassi psichiatrica. Tuttavia, una riflessione onesta sulla possibilità di una psichiatria fenomenologicamente fondata non può mancare di interrogarsi su difficoltà e limiti che questa proposta presenta. Come ogni approccio scientifico autentico, anche la psichiatria fenomenologica deve sapersi confrontare con i propri confini costitutivi, le proprie difficoltà operative e le questioni teoretiche ancora aperte che ne condizionano lo sviluppo.

4.2.1. Limiti epistemologici: validità, affidabilità e il problema della standardizzazione

Il primo ordine di limiti che una psichiatria fenomenologicamente fondata deve affrontare riguarda le questioni epistemologiche classiche di ogni disciplina che aspiri allo statuto di scienza: la validità delle proprie conoscenze, l'affidabilità dei propri metodi e la possibilità di standardizzazione dei risultati.

Come emerge dall'analisi di Zaninotto e Altobrando, la diagnosi fenomenologica si fonda in modo costitutivo su dimensioni che sembrano resistere alla standardizzazione e alla misurazione oggettiva. La percezione atmosferica, il *praecox feeling*, l'intuizione empatica pre-riflessiva sono per loro natura fenomeni soggettivi, immediati e pre-tematici del clinico. Questa esperienza varia considerevolmente in intensità e qualità a seconda di molteplici fattori: le informazioni preliminari sul paziente, le caratteristiche specifiche della situazione clinica, la presenza di elementi facilitanti o disturbanti, e soprattutto la sensibilità personale e l'esperienza accumulata del singolo clinico[182].

[182] *Ivi,* p. 4.

Questa variabilità solleva una questione epistemologica fondamentale: come si può garantire l'affidabilità intersoggettiva di una diagnosi che dipende così crucialmente dalla sensibilità soggettiva, dall'esperienza personale e dalla capacità empatica del singolo clinico? Due psichiatri con diverse sensibilità, diversi percorsi formativi, storie biografiche distinte potrebbero percepire atmosfere significativamente diverse nello stesso incontro con lo stesso paziente, sviluppando tipificazioni diagnostiche divergenti. La scientificità stessa della diagnosi sembra minacciata quando i suoi risultati dipendono così fortemente dalla soggettività del diagnosticante.

Il problema si complica ulteriormente quando consideriamo la questione della formazione. Zaninotto e Altobrando affermano che il processo diagnostico fenomenologico richiede una "spontaneità disciplinata": la spontaneità percettiva ed empatica deve essere formata, educata, affinata attraverso studio ed esperienza[183]. Ma questa formulazione sposta semplicemente la difficoltà senza risolverla. Come si insegna propriamente questo approccio? Attraverso quali metodi pedagogici si forma un clinico alla percezione atmosferica, all'intuizione empatica, alla capacità di oscillare metodologicamente tra coinvolgimento e distacco?

La questione della formazione si intreccia poi con quella della validità. I tipi ideali svolgono una funzione epistemologica cruciale nel guidare il clinico nel discriminare ciò che è rilevante da ciò che è irrilevante, ciò che è tipico da ciò che è atipico, ma come si acquisisce familiarità con questi tipi ideali? Come si sviluppa quella pre-comprensione tipificante dell'altro che costituisce il presupposto della comprensione empatica? La risposta non può che essere: attraverso l'esperienza clinica prolungata, lo studio approfondito della letteratura psicopatologica fenomenologica, l'apprendimento supervisionato da clinici esperti nell'approccio fenomenologico. Tutto ciò richiede però tempo, risorse istituzionali considerevoli, una tradizione consolidata di insegnamento che attualmente è presente solo in pochi centri specializzati[184].

[183] *Ivi,* p. 2.
[184] *Ivi,* p. 6.

La diagnosi fenomenologica, inoltre, sembra costitutivamente resistente alla standardizzazione. Quanto più la relazione con il paziente si approfondisce, tanto più la tipificazione diventa specifica e sfumata[185]. Questa evoluzione temporale è essenziale al processo diagnostico fenomenologico, non un elemento accidentale che potrebbe essere eliminato per ragioni di efficienza. Ma questo comporta che la diagnosi non costituisce un atto istantaneo e standardizzabile, bensì un processo temporalmente esteso, circolare, ermeneutico. Come conciliare questa temporalità costitutiva con le esigenze pratiche di un sistema sanitario che richiede diagnosi rapide, immediatamente codificabili, comunicabili univocamente tra servizi diversi?

La tensione apparentemente complementare tra approccio ideal-tipico e quello operazionale, potrebbe in realtà essere più problematica di quanto non appaia. Se le categorie diagnostiche e i criteri operazionali acquisiscono significato autentico solo quando utilizzati da chi possiede già la capacità di tipificazione fenomenologica, allora l'approccio operazionale presuppone logicamente quello ideal-tipico come propria condizione di possibilità. Tuttavia, nella prassi psichiatrica contemporanea, la grande maggioranza dei clinici viene formata primariamente o esclusivamente all'utilizzo dei criteri operazionali del DSM, senza alcuna formazione seria alla tipificazione fenomenologica.

4.2.2. Limiti pratici: tempo, risorse e applicabilità contestuale

Ai limiti epistemologici si intrecciano strettamente limiti di ordine pratico che condizionano l'applicabilità effettiva della psichiatria fenomenologica nei contesti clinici reali. Questi limiti non concernono la validità teoretica dell'approccio fenomenologico, ma le condizioni materiali e istituzionali della sua realizzazione concreta.

Il processo diagnostico fenomenologico richiede costitutivamente una temporalità estesa. Come affermano gli autori citando Ballerini, tanto i contenuti biografici quanto il nucleo emotivo delle esperienze patologiche possono diventare oggetto di attenzione

[185] *Ibidem.*

solo in funzione della consistenza, profondità e durata della relazione terapeutica[186]. La profondità della comprensione si conquista progressivamente, in quanto dipende dalla consistenza, profondità e durata della relazione terapeutica.

Ma quanto tempo è effettivamente disponibile nella prassi psichiatrica contemporanea? Nei servizi psichiatrici pubblici, specialmente nei contesti di urgenza e nei reparti ospedalieri, i clinici devono spesso formulare diagnosi e iniziare trattamenti sulla base di colloqui molto brevi, talvolta di pochi minuti. Come si può sviluppare una relazione terapeutica sufficientemente profonda in modo tale da permettere l'emergere di temi biografici ed emotivi che inizialmente rimangono celati? Il sistema sanitario contemporaneo, organizzato secondo logiche di efficienza economica e produttività misurabile, risulta strutturalmente incompatibile con i tempi richiesti dall'approccio fenomenologico.

L'applicabilità dell'approccio fenomenologico sembra inoltre variare significativamente a seconda del contesto clinico. Il processo circolare ed ermeneutico di tipificazione evolutiva descritto dagli autori funziona adeguatamente in un *setting* ambulatoriale, dove il clinico può seguire lo stesso paziente nel corso di settimane o mesi attraverso colloqui regolari che permettono il progressivo approfondimento della relazione e della comprensione. Ma come applicare questo processo in un contesto di emergenza psichiatrica, dove un paziente in stato di agitazione acuta o di rischio suicidario richiede valutazione e intervento immediati? Come realizzarlo nei reparti psichiatrici ospedalieri, dove la degenza media è spesso di poche settimane e l'obiettivo primario è la stabilizzazione sintomatica rapida?

Una possibile risposta consisterebbe nel riconoscere che la psichiatria fenomenologica non pretende di sostituire completamente l'approccio biologistico in qualsiasi contesto, ma di fondarlo filosoficamente e integrarlo criticamente. Nei contesti di emergenza, l'intervento farmacologico rapido guidato da una diagnosi operazionale approssimativa potrebbe risultare necessario e legittimo. Tuttavia, questo intervento

[186] A. Ballerini, *La psicopatologia tra "comprendere" e "spiegare"*, in A. Garofalo, L. Del Pistoia, *Sul comprendere psicopatologico*, (2003), Pisa, Edizioni ETS, p. 31–48.

dovrebbe essere compreso come provvisorio, come stabilizzazione iniziale destinata ad essere seguita da un processo diagnostico e terapeutico fenomenologicamente informato una volta superata la fase acuta. Il problema risiede nel fatto che, nella prassi attuale, questo secondo momento spesso non si realizza mai: la diagnosi operazionale iniziale si cristallizza, il paziente viene etichettato e il trattamento standardizzato prosegue indefinitamente senza mai raggiungere quella comprensione profonda che l'approccio fenomenologico richiede.

Un ulteriore limite pratico riguarda la formazione dei clinici. Sviluppare le capacità richieste dalla diagnosi fenomenologica – la sensibilità atmosferica, l'empatia, la capacità di oscillazione metodologica, la familiarità con i tipi ideali – esige una formazione prolungata, approfondita e specializzata che attualmente è disponibile solo in pochi centri. La maggior parte delle scuole di specializzazione in psichiatria forma i futuri clinici prevalentemente o esclusivamente all'utilizzo del DSM e dei protocolli farmacologici *evidence-based*. Trasformare questo stato di cose richiederebbe una riforma radicale dei curricula formativi, inserendo insegnamenti di psicopatologia fenomenologica, filosofia della psichiatria, storia della psichiatria, e soprattutto la creazione di opportunità di supervisione clinica continuativa con psichiatri esperti nell'approccio fenomenologico. Tutto ciò presuppone risorse economiche considerevoli, investimenti temporali significativi, volontà politico-istituzionale che al momento appaiono largamente assenti.

4.2.3. Il problema della coerenza teoretica: quale fenomenologia per quale psichiatria?

Non meno rilevante degli altri – e centrale per il contributo specifico di questa ricerca – è il limite relativo alla coerenza teoretica. Come emerge chiaramente dall'analisi dell'articolo di Zaninotto e Altobrando, la letteratura psichiatrica fenomenologica contemporanea attinge liberamente e spesso in modo sincretico a diverse tradizioni fenomenologiche diverse senza chiarire adeguatamente le loro differenze strutturali e le loro implicazioni.

Nel loro articolo, gli autori fanno riferimento a Husserl (per la costituzione di tipi), a Heidegger (implicitamente nel circolo ermeneutico), a Jaspers (per la distinzione *verstehen*/*erklären*), a Scheler (per l'unità emotiva), a Edith Stein (per i tre livelli dell'empatia), a Merleau-Ponty (citato nelle referenze per la fenomenologia della percezione), senza mai tematizzare esplicitamente le profonde differenze filosofiche tra questi autori. Tutti vengono utilizzati come se appartenessero a una tradizione fenomenologica unitaria e omogenea, dalla quale si possono estrarre strumenti concettuali componibili in modo relativamente libero.

Ma questa assunzione di unitarietà è filosoficamente difficile da sostenere, come dimostrato nel secondo capitolo. La fenomenologia trascendentale di Husserl e la fenomenologia ermeneutica di Heidegger non sono semplicemente due declinazioni dello stesso approccio, ma costituiscono orientamenti filosofici strutturalmente divergenti riguardo a questioni fondamentali: il tipo di fenomenologia (descrittiva vs interpretativa), il cuore dell'indagine (coscienza intenzionale vs essere-nel-mondo), la relazione con il mondo (costituzione vs apertura originaria), il metodo (riduzione fenomenologica vs ermeneutica esistenziale).

Queste divergenze hanno conseguenze dirette per la psichiatria fenomenologica. Quando Zaninotto e Altobrando parlano della "co-costruzione dei sintomi" e descrivono il paziente come "agente auto-interpretante"[187], stanno implicitamente adottando una prospettiva heideggeriana: il *Dasein* è costitutivamente auto-interpretante, la sua esistenza consiste nel comprendere e interpretare il proprio essere. Ma quando parlano della costituzione husserliana di tipi o dell'intuizione eidetica delle strutture essenziali[188], stanno adottando una prospettiva husserliana che presuppone la possibilità di una descrizione fenomenologica delle essenze invarianti dell'esperienza.

Queste due prospettive sono compatibili? Possono essere semplicemente giustapposte o richiedono una chiarificazione teoretica del loro rapporto? La questione non è meramente accademica, ma ha implicazioni cliniche concrete. Se si adotta

[187] L. Zaninotto, A. Altobrando, *Four Core Concepts in Psychiatric Diagnosis*, cit., p. 5.
[188] *Ivi*, p. 1.

coerentemente la prospettiva husserliana, l'analisi fenomenologica della melanconia si concentrerà sull'identificazione delle strutture essenziali della coscienza nella melanconia – come le alterazioni delle strutture temporali – mentre se si adotta coerentemente la prospettiva heideggeriana, l'analisi si concentrerà sull'interpretazione ermeneutica della melanconia come particolare modalità dell'essere-nel-mondo – come il crollo del sistema di rimandi, la perdita della progettualità, la trasformazione della spazialità esistenziale.

Come il terzo capitolo ha mostrato attraverso l'analisi comparativa della melanconia, queste due prospettive conducono a comprensioni diverse, enfatizzano aspetti diversi dell'esperienza, suggeriscono strategie terapeutiche potenzialmente diverse. Non sono necessariamente contraddittorie, ma non sono neppure semplicemente componibili senza residui. Richiedono una chiarificazione teoretica del loro rapporto, della loro compatibilità o incompatibilità, delle condizioni sotto cui possono essere integrate.
Questa chiarificazione manca nella letteratura psichiatrica fenomenologica contemporanea. Questo approccio pragmatico può essere clinicamente fecondo nel breve termine, ma rischia di generare confusione teoretica nel lungo termine e di minare la possibilità di una vera rifondazione filosoficamente rigorosa della psichiatria.

Il problema è ulteriormente complicato dal fatto che anche all'interno della tradizione psichiatrica fenomenologica storica troviamo questo stesso sincretismo. Questa impostazione è storicamente comprensibile – i primi psichiatri fenomenologi stavano esplorando un territorio nuovo e utilizzavano gli strumenti concettuali che trovavano più utili – ma non può essere assunta acriticamente come modello per una rifondazione filosoficamente rigorosa della psichiatria contemporanea.

La questione della coerenza teoretica diventa particolarmente urgente quando si considera che l'adozione di una certa prospettiva fenomenologica può avere implicazioni per la comprensione del rapporto tra dimensione fenomenologica e dimensione neurobiologica. Una prospettiva husserliana potrebbe suggerire la possibilità di correlazioni sistematiche tra strutture essenziali dell'esperienza (descritte

fenomenologicamente) e strutture neurobiologiche (indagate empiricamente), aprendo la strada a una neurofenomenologia integrativa. Una prospettiva heideggeriana potrebbe invece insistere sulla irriducibilità ermeneutica dell'essere-nel-mondo alla dimensione biologica, mantenendo una distanza più marcata tra comprensione fenomenologica e spiegazione neurobiologica.

4.2.4. Verso una psichiatria autenticamente fenomenologica: la necessità del dialogo interdisciplinare

I limiti identificati convergono nell'evidenziare una necessità fondamentale: la rifondazione fenomenologica della psichiatria richiede un dialogo interdisciplinare autentico e continuativo tra filosofia e psichiatria.

La filosofia può fornire la chiarificazione teoretica necessaria: analizzare rigorosamente le differenze tra tradizioni fenomenologiche, esplicitare i presupposti ontologici ed epistemologici di ciascun approccio, identificare le compatibilità e le tensioni tra diverse prospettive, delineare i contorni di una psichiatria fenomenologicamente coerente. Ma i filosofi, nella loro grande maggioranza, mancano dell'esperienza clinica diretta, della familiarità con la sofferenza psicotica concreta, della conoscenza delle esigenze pratiche e dei vincoli istituzionali della prassi psichiatrica reale. Rischiano quindi di sviluppare modelli teoreticamente raffinati ma clinicamente inapplicabili.

La psichiatria, d'altra parte, possiede l'accesso all'esperienza clinica diretta, la familiarità con i fenomeni psicopatologici concreti, la comprensione delle esigenze pratiche della diagnosi e della terapia. Ma la formazione degli psichiatri è generalmente carente dal punto di vista filosofico. Molti psichiatri fenomenologicamente orientati utilizzano concetti e strumenti fenomenologici con grande successo clinico, ma senza piena consapevolezza delle loro implicazioni teoretiche e delle loro differenze strutturali. Manca quindi quella chiarezza filosofica che permetterebbe di fondare una prassi psichiatrica teoreticamente rigorosa e metodologicamente coerente.

La soluzione non consiste nel far "applicare" la fenomenologia agli psichiatri come dottrina precostituita, né nell'utilizzare la fenomenologia come "cassetta degli attrezzi" concettuali senza preoccuparsi della coerenza. È necessario un dialogo in cui filosofia e psichiatria collaborano, verificando reciprocamente coerenza filosofica e applicabilità clinica delle proposte.

Questo dialogo deve incarnare quello stesso movimento metodologico che caratterizza l'atteggiamento fenomenologico stesso. Come abbiamo visto analizzando le quattro dimensioni operative, la fenomenologia procede attraverso un movimento "avanti-e-indietro" tra esperienza pura e concetti pre-dati, tra l'immediatezza del vissuto e la sua articolazione teoretica. Analogamente, il dialogo interdisciplinare deve muoversi continuamente dalla prassi clinica alla riflessione filosofica e viceversa: l'esperienza clinica pone domande e solleva problemi che richiedono chiarificazione filosofica; la riflessione filosofica suggerisce distinzioni concettuali e orientamenti metodologici che devono essere verificati nella prassi; la prassi conferma, smentisce o raffina le ipotesi teoretiche, generando nuove questioni per la riflessione.

Solo attraverso questo dialogo sarà possibile affrontare i limiti identificati, sviluppando metodi per rendere più affidabile e insegnabile l'approccio fenomenologico, trovando modalità di integrazione tra le tempistiche necessarie a questo approccio e le esigenze pratiche della prassi clinica contemporanea, e soprattutto raggiungendo quella chiarificazione teoretica sulla natura della fenomenologia da adottare che costituisce il presupposto necessario per una rifondazione autenticamente rigorosa della psichiatria.

I limiti qui identificati non devono essere intesi come argomenti contro la possibilità o l'opportunità di una psichiatria fenomenologicamente fondata, ma come indicazioni dei compiti ancora aperti, delle questioni che richiedono ulteriore lavoro, delle direzioni in cui la ricerca deve procedere. Una scienza autentica non è quella che ha risolto tutti i problemi, ma quella che è consapevole dei propri problemi, che li tematizza esplicitamente, che lavora criticamente per affrontarli. È precisamente questa consapevolezza critica dei propri limiti che distingue una psichiatria

autenticamente scientifica fenomenologicamente fondata da una psichiatria che si illude di possedere già tutte le risposte perché non si pone più le domande fondamentali.

Il percorso fin qui sviluppato ha mostrato come una psichiatria autenticamente fenomenologica sia possibile attraverso dimensioni operative concrete – l'oscillazione metodologica, la percezione atmosferica, la co-costruzione empatica, la tipificazione evolutiva – pur riconoscendo onestamente i limiti epistemologici, pratici e teoretici che questo approccio presenta.
Rimane ora da tirare le fila dell'intera ricerca, ripercorrendo il cammino compiuto dalla diagnosi della crisi (Capitolo 1) alla chiarificazione delle divergenze fenomenologiche (Capitolo 2), dall'analisi della melanconia come banco di prova (Capitolo 3) fino alla delineazione di una prassi fenomenologicamente fondata (Capitolo 4), per comprendere quale contributo questa riflessione possa offrire al dibattito contemporaneo sulla rifondazione della psichiatria.

Conclusione

Questa tesi è nata dallo scarto irriducibile tra il registrare sintomi e il comprendere l'esperienza vissuta, tra il misurare disfunzioni e il cogliere il senso della sofferenza psichica. L'interrogazione che l'ha guidata può essere formulata così: è possibile una psichiatria che sia simultaneamente rigorosamente scientifica e autenticamente umana? E in che misura la fenomenologia può offrire il fondamento filosofico necessario per questa esigenza?

Il percorso condotto attraverso i quattro capitoli ha mostrato che la crisi della psichiatria contemporanea non costituisce un problema di inadeguatezza tecnica, ma investe la dimensione propriamente filosofica della disciplina. Seguendo l'intuizione husserliana, questa crisi è stata caratterizzata dalla perdita della scientificità autentica: la psichiatria biologistica continua a funzionare come tecnica terapeutica, ma ha smarrito la comprensione riflessiva del senso d'essere del proprio oggetto di studio. Questa perdita si articola secondo tre dimensioni interconnesse – ontologica, epistemologica, etico-pratica – che costituiscono aspetti di un unico fenomeno: il distacco della psichiatria dai propri fondamenti filosofici.

La fenomenologia emerge come l'orizzonte teoretico necessario per restituire alla psichiatria quella scientificità autentica che la deriva biologistica ha compromesso. Tuttavia – e questo costituisce il contributo specifico di questa ricerca – l'appello alla "fenomenologia" non risolve automaticamente la questione della rifondazione. L'analisi comparativa ha dimostrato che la fenomenologia trascendentale husserliana e la fenomenologia ermeneutica heideggeriana divergono su questioni filosoficamente decisive: il tipo di fenomenologia, il tema dell'indagine, la relazione con il mondo, il metodo, la concezione della verità. Queste non sono sfumature terminologiche ma differenze strutturali che orientano diversamente la comprensione della soggettività e della sua possibile alterazione patologica.

L'analisi della melanconia clinica ha mostrato concretamente come queste divergenze teoretiche si traducano in approcci clinici sostanzialmente differenti. L'interpretazione

husserliana identifica l'essenza del vissuto melanconico nell'alterazione della struttura temporale della coscienza intenzionale: l'allentamento dei fili che intrecciano ritenzione, presentazione e protensione genera quello "stile della perdita" che caratterizza fenomenologicamente l'esperienza depressiva. L'interpretazione heideggeriana legge invece la melanconia come particolare modalità di essere-nel-mondo caratterizzata dalla contrazione dell'apertura esistenziale originaria: la situazione emotiva depressiva chiude l'orizzonte della possibilità, paralizza la temporalità esistenziale, trasforma il mondo da spazio familiare in ambiente estraneo.

Entrambe le prospettive offrono comprensioni più profonde di quanto possa fare la classificazione sintomatologica del DSM-5. Tuttavia, esse non sono semplicemente componibili: presuppongono concezioni diverse della soggettività, della temporalità, dell'apertura al mondo. Quando si analizza fenomenologicamente la melanconia come "alterazione delle strutture intenzionali della coscienza" oppure come "modificazione dell'essere-nel-mondo", non si stanno utilizzando linguaggi diversi per descrivere lo stesso fenomeno, si sta decidendo cosa propriamente si manifesta nell'esperienza depressiva, come accedervi comprensivamente, dove intervenire terapeuticamente. Questa scelta orienta diversamente la comprensione diagnostica, la relazione terapeutica, la concezione stessa della guarigione.

Il quarto capitolo ha delineato le dimensioni operative attraverso cui una psichiatria fenomenologicamente fondata può concretamente realizzarsi, riconoscendo però onestamente i limiti costitutivi che questo approccio presenta: limiti epistemologici (la difficoltà di standardizzare processi che dipendono dalla sensibilità del clinico), limiti pratici (le esigenze temporali incompatibili con i sistemi sanitari contemporanei), limiti teoretici (la questione della coerenza filosofica). Questi limiti non costituiscono argomenti contro la possibilità di una psichiatria fenomenologica, ma indicano i compiti che restano aperti e l'urgenza di un dialogo autentico tra filosofia e psichiatria.

"Ritrovare l'umano" – la formulazione che dà titolo a questa ricerca – non indica un'opposizione romantica alla ricerca biologica, ma il recupero filosoficamente fondato di quella dimensione che la deriva biologistica aveva sistematicamente

cancellato: la soggettività nell'esperienza vissuta, il significato esistenziale della sofferenza, la dignità ontologica della persona sofferente. Questa dimensione non si aggiunge dall'esterno ad una psichiatria già compiutamente scientifica, ma ne costituisce il presupposto necessario: senza la comprensione fenomenologica della soggettività, la psichiatria perde il proprio oggetto specifico.

Una psichiatria fenomenologicamente fondata non sarà meno scientifica della psichiatria biologistica, ma *più autenticamente scientifica*: una scienza che possiede chiarezza riflessiva sul senso d'essere del proprio oggetto, sui propri metodi, sui propri limiti costitutivi. Essa integrerà le acquisizioni delle neuroscienze all'interno di un orizzonte di comprensione filosoficamente fondato, riconoscendo che l'indagine empirica dei correlati neurobiologici presuppone sempre già una comprensione pre-scientifica di cosa sia propriamente la sofferenza psichica. L'analisi della melanconia qui condotta ha mostrato concretamente come l'esperienza psicotica trascenda la classificazione nosografica, richiedendo comprensione fenomenologica prima che intervento tecnico.

Il compito che si prospetta eccede i confini di questa ricerca e rimane costitutivamente aperto. È necessario continuare l'analisi fenomenologica di altri fenomeni psicopatologici, sviluppare le condizioni teoretiche per un'integrazione rigorosa tra prospettive fenomenologiche diverse, elaborare metodologie formative adeguate, pensare riorganizzazioni istituzionali che rendano possibili i tempi lunghi della relazione terapeutica. Soprattutto, è necessario che filosofi e psichiatri riconoscano la reciproca necessità di dialogo: la fenomenologia ha bisogno della conoscenza psichiatrica perché è nell'esperienza-limite della follia che le infinite sfumature e la profondità dell'esperienza umana si rivelano con particolare pregnanza; la psichiatria ha bisogno della fenomenologia per recuperare la comprensione riflessiva del proprio oggetto specifico.

Una psichiatria che ha dimenticato i propri fondamenti filosofici non è libera dalla filosofia: è prigioniera di una filosofia non riconosciuta, di presupposti che operano tanto più efficacemente quanto meno vengono tematizzati. La riduzione biologistica

dell'essere umano a organismo non è assenza di filosofia ma scelta filosofica implicita, tanto più problematica quanto meno consapevole. Ritrovare l'umano nella psichiatria significa quindi ritrovare la consapevolezza filosofica: riconoscere che la prassi clinica presuppone sempre una teoria dell'umano, e che questa teoria richiede fondazione rigorosa.

La domanda ultima che questa ricerca lascia aperta è: siamo disposti a vedere quell'*umano* che le attuali categorie hanno sistematicamente cancellato? Siamo disposti a riconoscere nel paziente non un "disturbo depressivo maggiore" ma un essere umano che soffre in modi che eccedono ogni classificazione, che domanda comprensione prima che correzione, che merita dignità prima che efficienza terapeutica? E se lo riconosciamo – se veramente vediamo l'umano nella sua irriducibilità – siamo disposti ad accettare le conseguenze teoretiche, metodologiche, istituzionali ed etiche che questo riconoscimento necessariamente comporta?
La fenomenologia offre gli strumenti concettuali per questo riconoscimento, ma il riconoscimento stesso – l'atto di vedere l'altro come soggetto sofferente dotato di dignità ontologica – precede ogni metodologia: è un gesto propriamente umano, che nessuna tecnica può sostituire.

Bibliografia

American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, edizione italiana a cura di M. Biondi, (2014), Milano, Raffaello Cortina Editore.

A. Ballerini, M. Rossi Monti, *La vergogna e il delirio*, (1990), Torino, Bollati Boringhieri.

L. Binswanger, *Melanconia e Mania. Studi fenomenologici*, (1994), Torino, Bollati Boringhieri.

L. Binswanger, *La psichiatria come scienza dell'uomo*, (2013), Milano-Udine, Mimesis.

L. Binswanger, *Daseinsanalyse, Psichiatria, Psicoterapia*, (2018), Milano, Raffaello Cortina Editore.

E. Borgna, *Malinconia*, (1992), Milano, Feltrinelli.

C. L. Cazzullo, C. Sini (a cura di), *Fenomenologia: filosofia e psichiatria*, (1984), Milano, Masson Italia Editori.

V. Costa, *Husserl*, (2023), Roma, Carocci Editore.

R. De Monticelli, *Il dono dei vincoli. Per leggere Husserl*, (2020), Milano, Garzanti.

U. Galimberti, *Psichiatria e fenomenologia*, (1979), Milano, Feltrinelli.

U. Galimberti, *La casa di psiche. Dalla psicoanalisi alla pratica filosofica*, (2021), Milano, Feltrinelli.

A. Garofalo, L. Del Pistoia, *Sul comprendere psicopatologico*, (2003), Pisa, Edizioni ETS.

M. Heidegger, *Lettera sull'"Umanismo"*, (1947), Milano, Adelphi.

M. Heidegger, *Essere e Tempo*, (2007), Milano, Longanesi.

M. Heidegger, *Seminari di Zollikon*, (2000), Napoli, Guida Editori.

A. V. Horwitz, J. C. (2007). *The loss of sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford-New York: Oxford University Press.

E. Husserl, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*, vol. I, (1976), Torino, Einaudi.

E. Husserl, *Per la fenomenologia della coscienza interna del tempo*, (1981), Milano, FrancoAngeli.

E. Husserl, *La filosofia come scienza rigorosa*, (2005), Roma-Bari, Laterza.

E. Husserl, *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, (2015), Milano, Il Saggiatore.

E. Husserl, *Meditazioni Cartesiane*, (2017), Napoli-Salerno, Orthotes.

K. Jaspers, *Psicopatologia Generale*, (2012), Roma, Il Pensiero Scientifico.

A. Molaro, G. Stanghellini, *Storia della fenomenologia clinica. Le origini, gli sviluppi, la scuola italiana*, (2020), Novara, De Agostini Scuola.

M. Rossi Monti, N. Gosio (a cura di), *Depressione: il paradigma errante*, (2013), Milano, FrancoAngeli.

M. Rossi Monti (a cura di), *Psicopatologia del presente*, (2012), Milano, FrancoAngeli.

G. Stanghellini, *Psicopatologia del senso comune*, (2006), Milano, Raffaello Cortina Editore.

E. Stein, *Il Problema dell'Empatia*, (2023), Roma, Edizioni Studium.

E. Trizio, *What is the Crisis of Western Sciences?* In Husserl Studies, (2016).

F. Volpi, *Guida a Heidegger*, (2005), Roma-Bari, Editori Laterza.

Sitografia

Agenzia Italiana del Farmaco, *Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2023*, Roma, Agenzia Italiana del Farmaco, https://www.aifa.gov.it/documents/20142/2594020/AIFA_Rapporto%20OsMed_2023.pdf.

A. J. Frances, T. Widiger, *Psychiatric diagnosis: lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future*, in "Annual Review of Clinical Psychology", vol.8, 2012, https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102.

I. S. Marková, G. E. Berrios, *The Epistemology of Psychiatry*, in "Psychopathology", 45(4), 2012, pubblicato su PubMed, https://doi.org/10.14195/1647-8622_19_4.220-227.

J. Parnas, L. A. Sass, D. Zahavi, *Rediscovering Psychopathology: The Epistemology and Phenomenology of the Psychiatric Object* in "Schizophrenia Bulletin", vol. 39(2), 2013, https://doi.org/10.1093/schbul/sbs153.

H. C. Rümke, *The nuclear symptom of schizophrenia and the praecox feeling*, in "History of Psychiatry", 1990, https://doi.org/10.1177/0957154X9000100304.

World Health Organization, *Depressive disorder (depression)*, 2025, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression.

L. Zaninotto, A. Altobrando, *Four Core Concepts in Psychiatric Diagnosis* in "Psychopathology", 2021, https://www.research.unipd.it/retrieve/a02f80b0-0699-4daa-8d51-0dbbe0833e3e/Four%20Core%20Concepts%20in%20Psychiatric%20Diagnosis.pdf.