

Intervista a MICAELA ABBONIZIO e MATTEO BALLABIO

Ferdinando Barison: l'incontro con l'esperienza schizofrenica

(a cura di SALVATORE GRANDONE)

MATTEO BALLABIO, psicologo, psicoterapeuta. Dopo esperienze in Ungheria e negli U.S.A., si specializza in Psicoterapia Fenomenologico Dinamica esercitando presso il Dipartimento di Salute Mentale di Borgomanero (NO). Si appassiona alla fenomenologia applicata alla psichiatria infantile e al quotidiano, oltre che all'uso del test di Rorschach con approccio fenomenologico. Lavora in ambito privato a Borgomanero e Domodossola, occupandosi prevalentemente di psichiatria di comunità e di psicoterapia dell'adulto.

MICAELA ABBONIZIO, psicologa, psicoterapeuta. Specializzata presso la Scuola di Psicoterapia Fenomenologico Dinamica di Firenze. Socia della Società Italiana per la Psicopatologia Fenomenologica. Dopo un'esperienza quadriennale nel Dipartimento di Salute Mentale di Cittadella (PD), lavora in ambito privato a Padova e a Cittadella presso l'Ulss 2 Marca Trevigiana, occupandosi prevalentemente di psicoterapia di adolescenti e adulti e di psichiatria.

SALVATORE GRANDONE insegna Filosofia e Storia nei Licei. Ha conseguito due dottorati di ricerca, in Scienze Filosofiche (Università di Napoli Federico II) e in Lettres et Arts (Università Stendhal Grenoble III). Dirige la rivista online *Figure dell'immaginario*. I suoi interessi sono rivolti principalmente alla didattica della filosofia e allo studio delle filosofie della vita. Tra le sue pubblicazioni più recenti *L'esercizio del pensiero* (2020), *Lucrezio e Bergson* (2018), *Struttura, imitazione, evento. La filosofia della vita in Henri Bergson* (2015)

Gentili dott.ssa Micaela Abbonizio e dott. Matteo Ballabio,

vi ringrazio prima di tutto per averci concesso una breve intervista in merito alla raccolta di scritti *Ferdinando Barison: l'incontro con l'esperienza schizofrenica*, uscito per le edizioni Giovanni Fioriti nell'anno corrente.

Siamo noi a volerla ringraziare per l'interesse dimostrato nella raccolta di scritti da noi curata sulla figura di Ferdinando Barison e per l'invito che ci ha rivolto per questa intervista.

Il volume è denso di spunti di riflessione.

Vorrei porvi alcune domande partendo da alcuni passi che mi hanno particolarmente colpito. Afferma Lorenzo Calvi dialogando con Barison nel suo denso articolo *Fenomenologia e Psicoterapia*:

- 1) «Parlando di terapia è ovvio che si pensi ad una terapia efficace e quindi alla guarigione e alla salute, ma non si può trascurare di vedere se la salute e la salvezza della dispersione mondana vanno e o non vanno nella stessa direzione. Una cura efficace toglie ad una

persona ciò che la mette, sì “fuori di sé, ma anche al di sopra di sé”, al di sopra della sua ovvietà, della sua banalità, della sua sostanziale miseria. Il problema si pone oggi in modo stringente, come mai prima d’ora, da quando le cure farmacologiche stanno andando sempre più vicino allo scopo di eliminare la malinconia, di disfare il delirio, di spegnere l’ansia. S’impone come minimo un attento bilancio tra la sofferenza del malato e il dolore del suo impegno nella quotidianità, altrimenti l’intervento terapeutico rischia di tradursi in accanimento terapeutico. Bisognerebbe cercare ogni volta di capire quanto il malato ci guadagna di salute e quanto ci perde di salvezza. Se lo psichiatra che prescrive il farmaco avvicina il malato da fenomenologo, il malato prende la medicina come estensione del suo corpo, fatto leggero dai suoi movimenti intenzionali. Mediante il farmaco si stabilisce tra medico e malato una comunione corporale, un ponte idoneo a far passare il sollievo» (*Fenomenologia e psicoterapia*, p. 38).

Calvi individua una stretta relazione tra salute e salvezza, e tocca un problema di grande attualità. Secondo voi quanto la psichiatria si prende oggi cura della salvezza del paziente? Quali sono i punti di forza e di debolezza dell’odierna terapie farmacologiche in psichiatria?

Se intendiamo il sintomo come un compromesso, il miglior compromesso che la persona ha trovato tra la sua sofferenza, la sua struttura, ovvero la portata che riesce a sostenere, il peso che il suo corpo riesce a portare con sé rimanendo eretto, e la sua possibilità di sopravvivere; comprendiamo che si tratta di qualcosa che, per quanto ad un occhio esterno possa apparire patologico, ha in primo luogo uno scopo difensivo, funge da scudo, da protezione, sebbene spesso si tratti di una difesa che genera una sofferenza ancor maggiore di quella da cui ripara.

Da quanto sopra si deduce, eliminare il sintomo non può sempre essere l’obiettivo di una terapia, per quanto spesso siano i pazienti stessi a chiedere questo, non consapevoli del fatto che il sintomo non è solo un inciampo, uno scomodo ostacolo al fluire dell’esistenza, ma anzi ne è una preziosa occasione, occasione per comprendere una parte di sé che grida senza riuscire a mostrarsi e che potrebbe, se ascoltato, decifrato e compreso, dar vita ad un nuovo flusso, ad una nuova corrente nell’esistenza.

L’efficacia sui sintomi delle moderne terapie farmacologiche in psichiatria dà ai pazienti, ma anche ai curanti, l’illusione, che forse a volte diventa alibi, che l’assenza di sintomi sia l’obiettivo ultimo da porsi. Per quanto detto sopra, a nostro avviso, la debolezza del paradigma attuale in psichiatria deriva proprio, per assurdo, dall’efficienza delle terapie farmacologiche nello spegnere buona parte dei sintomi. Questo ha portato a pensare alla malattia e alla cura in termini di assenza/presenza di sintomi e non più, come sembrava in uso un tempo leggendo gli scritti di Barison, alla presa in carico della persona malata nella sua interezza, non della sua sola sintomatologia. I buoni risultati delle attuali terapie farmacologiche dovrebbero essere invece un supporto e un aiuto, come passo iniziale verso la cura del paziente, verso quella salvezza di cui parla il prof. Calvi. La mitigazione della sintomatologia del paziente non dovrebbe bastare al curante, e non dovrebbe essere una valida motivazione per sottrarsi allo sviluppo di un percorso di crescita, di cambiamento specifico per ogni paziente, con l’obiettivo non solo di una prevenzione delle ricadute (idea che

deriva sempre da un paradigma sintomatologico) ma anche di un miglioramento della sua condizione, di una maggiore consapevolezza, di un maggiore dialogo tra persona e malattia.

Percorso di crescita, e quindi salvezza, che sono possibili laddove abbiamo a che fare con persone la cui struttura può reggere una quota di sofferenza, può tollerare la nudità del restare senza difese davanti a sé stessi, davanti all'esistenza, alla miseria dell'umano, casi in cui, la terapia farmacologica può fungere da strumento che coadiuva un percorso di riscoperta di sé.

Ci sono tuttavia casi in cui la persona non gode di una struttura abbastanza resistente, persone a cui il delirio, la paranoia, la fobia, sono necessari per restare a galla, persone che hanno bisogno del sintomo perché privi della sua "protezione", sentirebbero un abisso insostenibile. In questi casi il farmaco (e tantomeno la psicoterapia) non deve servire a eliminare i sintomi, in quanto eliminerebbe qualcosa di funzionale alla persona, ma certo a modularne la portata di sofferenza, a riconnettere fin dove possibile alla vita mondana, all'altro.

Credo che in questi termini si possa mirare alla salvezza del paziente, modulando farmaci e terapia in base alla persona che abbiamo davanti, svelando solo quanto è possibile vedere e sentire agli occhi e all'animo di chi viene da noi a chiederci aiuto. L'obiettivo di una terapia, che sia essa farmacologica e/o psicoterapica deve essere far star meglio la persona, non analizzare e comprendere ogni angolo della psiche o eliminare ogni sintomo a nutrimento del terapeuta. Ecco che se una persona ha bisogno del suo mondo delirante per sopravvivere, sarà necessario consentirgli di lasciarci un piede, così che possa rifugiarsi in esso ogni volta che ne abbia bisogno, sicuramente meglio se fosse possibile accompagnarlo in questi viaggi.

Il problema nel contesto attuale sembra doppio. Da un lato la formazione attuale di psichiatri e psicologi che è indirizzata verso l'ottenimento della guarigione, verso l'asintomaticità del paziente, probabilmente acuito dall'importanza imperante di manuali diagnostici come il DSM che basano tutto sulla presenza/assenza di sintomi e non sulle esperienze e sul mondo della vita dei pazienti. Dall'altro emerge anche una problematica più pratica. Se la prescrizione farmacologica atta ad eradicare i sintomi richiede brevi colloqui periodici, la presa in carico del paziente nella sua interezza, la conoscenza della situazione sottostante ai sintomi, la strada verso il cambiamento nell'ottica della salvezza richiede multidisciplinarietà, tempo e quindi costi che spesso la psichiatria, soprattutto pubblica, non riesce a garantire, ingabbiata da richieste di efficienza e di risparmio.

2) Parlando del DSM III e della psichiatria anglosassone, Barison afferma: «permettetemi una breve allusione alla psichiatria appunto USA: il DSM III, le scale, gli inventari, questionari. Soltanto gli ingenui posso credere che tale psichiatria ispirata all'empirismo e al pragmatismo anglosassone abbia soppiantato la psichiatria europea» (*Comprendere lo schizofrenico*, p. 42). Sebbene Barison non rigetti del tutto il DSM, ritiene che non costituisca uno strumento valido per entrare in contatto con il mondo schizofrenico e con le sue molteplici declinazioni. Barison si pronuncia inoltre spesso in modo negativo sulla psichiatria anglosassone. Ora le mie domande sono: quanto l'evoluzione del DSM ha in parte corretto i difetti diagnostici che Barison individuava nel DSM III e soprattutto quanto, secondo voi, è ancora possibile distinguere la

psichiatria europea da quella anglosassone – intendo rispetto alla cornice epistemologica, agli approcci metodologici e a quelli terapeutici?

Il fatto che gli scritti di Barison muovano ancora oggi domande e riflessione, il fatto che tanti psichiatri e psicologi vi si ritrovino è la dimostrazione che la psichiatria di matrice europea è viva anche se accerchiata e limitata dal paradigma empirista anglosassone oggi dominante. Allacciandoci alla domanda precedente, si può comprendere meglio la differenza epistemica tra i due movimenti che pervade l'attuale psichiatria. Il paradigma anglosassone incentrato sulla pragmaticità e sulla dicotomia assenza/presenza del sintomo presuppone un continuum orizzontale tra questi due poli. In questo paradigma sintomatologico non c'è spazio per la verticalità antropologica. Ed è solo con quest'ultima che la cura può diventare salvezza. Grazie a questa verticalità, il paradigma della psichiatria europea si eleva rispetto alla schematicità anglosassone e riesce, tutt'oggi a dare il suo contributo.

Nella storia del Manuale Diagnostico dei Disturbi Mentali, fino ad arrivare all'odierno DSM V, si è assistito ad un progressivo ampliamento del numero delle diagnosi, dunque ad un allargamento della fascia di popolazione e dei comportamenti definiti "patologici" con conseguente aumento di prescrizione e assunzione di psicofarmaci. Lungi da noi voler gettare fango su un manuale che si configura come un utile riferimento nella comunicazione tra colleghi di varie professioni e di approcci diversi, crediamo tuttavia che la domanda fondamentale che dobbiamo porci sia rispetto alla possibilità di usare il metodo statistico per definire la normalità mentale, la campana di Gauss può fungere da strumento per decidere chi è mentalmente sano e chi non lo è? Possono essere sufficienti somme di sintomi e durata di essi per darci delle informazioni sulla salute mentale, sul benessere, sullo stato psichico di una persona?

Qui entra in gioco in maniera forte il paradigma epistemologico che assumiamo, ed è qui che si gioca la possibilità di considerare la complessità dell'Umano, difficilmente rappresentabile con un elenco puntato. Rimarrà sempre riduttivo affidarci acriticamente a un paradigma statistico per la presa in carico e la cura di una singola persona. Purtroppo in un ambiente psichiatrico imperversato dal DSM e dal paradigma riduzionistico che lo ha creato, anche la metodologia clinica e l'approccio alla cura vengono fortemente influenzate. Anche negli approcci metodologici e in quelli terapeutici c'è, tuttora, quindi, una grossa distanza tra le due tradizioni. Basti pensare all'abisso che esiste nelle metodologie tra terapie evidence-based (derivanti dall'approccio oggettivante anglosassone, orientate alla cura del sintomo) e quelle centrate sulla persona derivanti dalla filosofia europea. Le prime si basano su tecniche e strumenti decisi a-prioristicamente in base ai sintomi presentati; le seconde prevedono un lavoro sulla persona, una conoscenza approfondita delle dinamiche, del senso e del significato dei fenomeni patologici.

Sarà di conseguenza radicalmente differente l'approccio terapeutico che verrà seguito, in quanto laddove avrò sintomi da eliminare, si andrà dritti per una strada che è possibile anticipare a priori, che è possibile seguire guardando avanti. Laddove invece mi confronterò con la complessità di un'esistenza, non potrò immaginare una strada aprioristicamente valida, dovrò soffermarmi sul senso e sul significato che in ogni sintomo e in ogni comportamento si manifestano, dovrò comprendere in ogni esistenza che posto ha un determinato sintomo e che possibilità ci sono per alleviarlo, modificarlo o eliminarlo. L'obiettivo cambia

altresì radicalmente, in quanto non sarà mia priorità eliminare il sintomo e portare la persona "alla normalità" bensì coadiuvare un processo di responsabilità della persona rispetto a ciò che è stato e che sarà della sua esistenza, restituire, laddove possibile un senso di agentività, una possibilità di assumere una posizione rispetto alla propria sofferenza.

3) Barison distingue in modo netto *Erklären* e *Verstehen*, la spiegazione “causalistica” e “naturalistica” dei fenomeni psicopatologici dalla comprensione ermeneutica in cui entra invece in gioco la dimensione del senso. L’attuale sviluppo delle ricerche neurologiche sembra tuttavia generare delle inaspettate convergenze tra fenomenologia e neurologia. Penso ad esempio alle ricerche di neurofenomenologia e agli studi di Alain Berthoz. Mi chiedevo quindi se i progressi delle neuroscienze non possano oggi in parte conciliare anche in psichiatria la tradizionale dicotomia tra spiegare e comprendere. Cosa ne pensate?

Nella neurofenomenologia vi è sicuramente un tentativo di coniugare due visioni storicamente contrapposte, quella naturalistica in terza persona e quella fenomenologica in prima persona. La più grande sfida in questo filone di ricerca pare essere, infatti, la possibilità di incanalare dati provenienti dall’esperienza della persona in un modello scientifico che mostri cosa avviene nel nostro cervello.

Varela, con il termine Neurofenomenologia, intendeva designare “la ricerca di una maniera per sposare la moderna scienza cognitiva con un approccio rigoroso all'esperienza umana”, ponendosi così “lungo la linea della tradizione filosofica europea della fenomenologia”. La sfida che le neuroscienze si stanno sempre più ponendo è quella di studiare l'esperienza cosciente, appare dunque evidente la ragione per la quale, la fenomenologia, in quanto metodo di ricerca che mette al primo posto l'esperienza vissuta, risulti particolarmente illuminante.

Si tratta di un cambiamento importante in quanto comporta uno spostamento dal rappresentazionalismo (che postula una chiara distinzione tra interno ed esterno: un esterno, un mondo totalmente delineato, rappresentato all'interno mediante complessi apparati recettivi) ad un orientamento che, stando alle parole di Varela possiamo denominare “scienza cognitiva incarnata, situata o generativa (enactive)”. Varela spiega in maniera eloquente come lo studio di un fenomeno mentale non possa prescindere da una persona che fa esperienza; "il prezzo" scrive l'autore "è quello di prendere sul serio le analisi in prima persona come validi domini di fenomeni".

Dunque non crediamo si tratti di spiegare l'esperienza umana in termini causalistici, bensì di comprenderla anche da un'altra prospettiva.

Vi ringrazio per le dense e profonde risposte, che aiutano ulteriormente i lettori a inquadrare i grandi temi del bel volume *Ferdinando Barison: l'incontro con l'esperienza schizofrenica*.