

Clinica ed esistenza

6

Luigi Lobaccaro

Ai confini del senso

La schizofrenia tra semiotica,
psichiatria e scienze cognitive

Quodlibet

Indice

Introduzione

- 15 Un territorio sconosciuto: la schizofrenia
- 17 Una sfida per la semiotica
- 18 Per una concezione simbiotica della disciplina: l'interdisciplinarietà
- 20 Avere o essere: la terminologia
- 21 Semiotiche per la comprensibilità: il percorso
- 24 Giano, ovvero del lettore modello

Parte prima. Mappare il confine. La schizofrenia come problema semiotico

- 29 Capitolo 1. Dalla psichiatria alla semiotica: andata e ritorno
- 29 1.1 Che cosa è la schizofrenia?
- 32 1.2 Il problema della diagnosi: dell'ICD-11 e DSM-5
 - 1.2.1 La storia dei criteri internazionali, p. 33; 1.2.2 DSM-5 e lo spettro schizofrenico, p. 35; 1.2.3 Critiche ai criteri di valutazione internazionale, p. 37
- 48 1.3 Dalla semeiotica alla semiotica: la schizofrenia come fatticcio
 - 1.3.1 Dal sintomo al segno, p. 40; 1.3.2 Psichiatria, fatti e fatticci, p. 43; 1.3.3 Che cosa chiamiamo schizofrenia?, p. 46
- 1.4 1.4 La sfinge della psichiatria
 - 1.4.1 Abbandonare la schizofrenia?, p. 50; 1.4.2 Una prima riflessione su cultura e schizofrenia: gli stereotipi, p. 55
- 59 1.5 L'indispensabilità della cultura: il soccorso semiotico
 - 1.5.1 Cinema per psichiatri, p. 60; 1.5.2 La letteratura come strumento di indagine, p. 62; 1.6 Quale soluzione all'enigma della sfinge?, p. 65
- 67 Capitolo 2. I destini dell'alogos: storia semiotica della follia
- 68 2.1 *L'alogos*: la schizofrenia tra deficit, regresso e incomprensibilità
 - 2.1.1 *L'alogos* come mancanza: Kraepelin e la teoria del deficit, p. 70; 2.1.2 *L'alogos* come regresso: Freud e il ritiro narcisistico, p. 73; 2.1.3 *L'alogos* come incomprensibile: Jaspers e la teoria dell'abisso, p. 76; 2.1.4 Le tre accezioni di *alogos* in Bleuler, p. 80; 2.1.5 I viaggi dell'*alogos*, p. 84; Il ritorno di Kraepelin,

Clinica ed esistenza
Collana diretta da Giovanni Stanghellini
Comitato scientifico: Stefano Besoli, Gilberto Di Petta,
Vittorio Gallese, Aurelio Molaro, Mario Rossi Monti

Il presente volume in Open Access è stato realizzato grazie al contributo del Progetto Strategico di Sviluppo Dipartimentale del Dipartimento di Filosofia dell'Università di Bologna (CUP J54I18000260001) e del progetto di ricerca SACre-D. "Schizoprenia, Autism and the Myth of Creativity. An Interdisciplinary Perspective on Psychopathological Expression and its Digitalization" finanziato dal Bando PRIN 2022 Direzione Generale della Ricerca del MUR (Prot. 2022PFSJNW CUP J53D23008230006)

© 2024 Quodlibet srl
Macerata, via Giuseppe e Bartolomeo Mozzi, 23
www.quodlibet.it

ISBN 978-88-229-2275-5
e-ISBN 978-88-229-1454-5

	p. 84; La semplificazione di Jaspers, p. 86; Le migrazioni di Freud, p. 88
91	2.2 Moltiplicare la differenza: la vittima, la maschera e l'eroe 2.2.1 Famiglia, istituzioni, cultura: la critica socio-antropologica alla psichiatria, p. 92; La teoria del Double Binding di Gregory Bateson, p. 92; L'ospedale psichiatrico come istituzioni totale: <i>Asylums</i> di Erving Goffman, p. 94; La schizofrenia come psicosi etnica: l'etnopsichiatria di Georges Devereux, p. 97; 2.2.2 Antipsichiatria e Schizofrenia, p. 99; La nascita dell'antipsichiatria: la schizofrenia per David Cooper, p. 100; La politica dell'esperienza e l'alogos come eroe romantico, p. 103; Il simbolo sacro: Thomas Szasz e la negazione dell' <i>alogos</i> , p. 107
109	2.3 Alcune riflessioni a partire dalle figure dell' <i>alogos</i>
113	Capitolo 3. Verso la comprensibilità: per una semiotica dell'alterità
113	3.1 Superare il mito dell'irrazionalità
115	3.2 L'approccio fenomenologico alla psichiatria tra descrizione e spiegazione 3.2.1 La perdita dell'evidenza naturale e l'autismo, p. 117; 3.2.2 Tra descrizione e spiegazione: nuove frontiere per la psichiatria, p. 121; 3.2.3 Il ruolo delle nuove scienze cognitive: cervello e corpo, p. 123
125	3.3 Da una critica della comprensibilità a una comprensibilità critica 3.3.1 La follia, la malattia mentale e l'età classica: la lezione di Foucault, p. 127; 3.2.1 La psichiatria fenomenologica come strumento critico: la lezione di Basaglia, p. 130; 3.3.3 La comprensione come interpretazione: la lezione dell'ermeneutica, p. 134
137	3.4 Costruire la comprensibilità: per una semiotica dell'alterità
	Parte seconda. Dall'altra parte del senso. Semiotica, Schizofasia e Soggettività
147	Capitolo 4. Persi nell'Enciclopedia: una prospettiva semiotica sulla schizofasia
149	4.1 L'importanza del linguaggio schizofrenico: dalla "confusione verbale" all'"eloquio disorganizzato"
152	4.2 Il linguaggio nella schizofrenia 4.2.1 Sintassi, p. 153; 4.2.2 Semantica e lessico, p. 154; 4.2.3 Discorso, p. 160; 4.2.4 Pragmatica, p. 163

166	4.3 Schizofasia e semiotica: un'ottica enciclopedica 4.3.1 La schizofasia e gli spazi lisci dell'Enciclopedia, p. 167; 4.3.2 La <i>ratio difficilis</i> come ultima possibilità di contenimento, p. 180; 4.3.3 La necessità di spiegare, p. 183
185	Capitolo 5. Antroponauti alla deriva: la schizofasia e la crisi del senso comune
185	5.1 La schizofrenia è un problema linguistico? 5.1.1 La teoria del disturbo semantico-ontologico, p. 188; 5.1.2 Alcune criticità della teoria semantico-ontologica, p. 191; 5.1.3 Da una semantica a una semiotica della schizofasia, p. 194
197	5.2 Intersoggettività, schizofrenia e la crisi del senso comune 5.2.1 La schizofasia è un problema di teoria della mente?, p. 198; 5.2.2 Cognizione sociale: dalla ToM all'IT, p. 200; 5.2.3 Intersoggettività, psicopatologia fenomenologica ed embodiment, p. 201; 5.2.4 La crisi del senso comune, p. 205
210	5.3 Persi nell'Enciclopedia: senso comune ed enunciazione 5.3.1 Due note preliminari su semiotica e teoria del senso comune, p. 212; 5.3.2 Senso comune, Peirce e Eco, p. 215; 5.3.3 Abiti e buon senso, p. 220; 5.3.4 Schizofasia e teoria dell'enunciazione, p. 223; 5.3.5 Conclusione: schizofasia e smarrimenti enciclopedici, p. 228
231	Capitolo 6. La fatica di chiamarsi io: teoria dell'enunciazione e smarrimento del soggetto linguistico
231	6.1 L'importanza del pronome personale per l'indagine sulla schizofrenia nell'approccio fenomenologico e cognitivo
235	6.2 L'eredità di Benveniste: <i>io-linguistico</i> e schizofrenia
239	6.3 La deissi personale nel parlato schizofasico
241	6.4 Da un'enunciazione personale a un'enunciazione impersonale
244	6.5 Nuove alleanze: enunciazione, intersoggettività e <i>as-if function</i>
248	6.6 Per una concezione enciclopedica ed <i>embodied</i> dei disturbi dell'io linguistico
255	6.7 Aprire alla comprensibilità: conclusioni e rilanci
259	Conclusione
263	Bibliografia

*A Paolina e a Nella,
a cui un nipote assente
strapperà un sorriso di gioia.*

La filosofia e la psicosi hanno in comune molto più di quanto la gente (soprattutto i filosofi) siano disposti ad ammettere. La similarità non consiste in quello che si potrebbe pensare – che la filosofia e la psicosi non hanno regole e tu ti ritrovi a vagolare nell’universo come un’anima persa. Al contrario, entrambe sono governate da regole molto severe. Il trucco consiste nello scoprire quali siano quelle regole e, in entrambi i casi, l’indagine avviene esclusivamente nella mente. E mentre la linea di confine tra la creatività e la pazzia può essere estremamente sottile (la qual cosa è stata purtroppo idealizzata in chiave romantica), esaminare e sperimentare il mondo in un modo diverso può portare a percezioni acute e fruttuose

Elyn R. Saks, *Un castello di sabbia: storie della mia vita e della mia schizofrenia*

In un’esperienza psicotica si assiste alla metamorfosi dei significati, e dei rimandi, scontati e abituali del reale e all’emergenza di esperienze simboliche che giungono fino alla costituzione di una realtà *altra* (di una anti-realtà): immersa nell’epifania dell’immaginario e nella fabulazione del sogno. [...] Nella schizofrenia il reale assume improvvisamente un *altro* senso e un’*altra* profondità; ma la coscienza di un reale diverso (altro da quello che sta abitualmente davanti a noi) non è in fondo, se non la coscienza che *nel* reale i significati si trasformano e si infrangono vertiginosamente: nel dilagare di simbologie oscure ed enigmatiche.

Eugenio Borgna, *Come se finisse il mondo*

Solo perché non mi capiscono credono che io stia blaterando.

Lawrence, resoconto in Sass 1998

Introduzione

«Ultimamente, Luigi, sto riflettendo molto su una metafora: tu conosci la fisica? Sai cosa è un buco nero? – prende una pausa, mi fissa, poi ricomincia, senza attendere risposta – C'è questa idea per cui un buco nero sia un punto dell'Universo in cui tutto viene risucchiato e attratto, e le normali leggi della fisica, lo spazio e il tempo, cambiano radicalmente. Forse il paragone non è quello giusto e dovrei approfondire gli studi di fisica, ma credo che la schizofrenia sia per la psiche ciò che un buco nero è per l'universo. È un punto di attrazione che stravolge le normali regole ed equilibri dell'io e ne fonda altri completamente nuovi, difficilissimi da spiegare».

Con queste parole Alessandro ha descritto, durante il nostro primo incontro, la sua schizofrenia. Di questo “buco nero” che ha risucchiato lui e molti altri parlerà questo libro, ma anche di manicomi e isolamenti, di forme mostruose alle pareti, di parole inventate, di associazioni foniche, di giochi di parole, di suoni che divengono immagini e di immagini che diventano cose, di poesie e autobiografie, e di mappe, molte mappe, per cercare di afferrare cosa muova certe strabilianti quanto terribili metamorfosi di senso: la schizofrenia.

Un territorio sconosciuto: la schizofrenia

‘Schizofrenia’ è, innanzitutto, una parola, parola che nel tempo è stata utilizzata in modi molto diversi, sebbene il suo principale significato dizionario sia rimasto ancorato all'ambito clinico in cui è nato per indicare una grave patologia men-

tale caratterizzata da una compromissione degli usuali processi di pensiero, del contatto con la realtà, dei vissuti emotivi e della dimensione sociale dell'individuo. Le manifestazioni di tale disturbo, a seconda dei casi, consistono in fenomeni come allucinazioni, deliri, apatia, mancanza di volontà, comportamenti motori disorganizzati e un linguaggio ambiguo e disconnesso.

La schizofrenia è, insomma, un disturbo totalizzante che colpisce l'individuo al suo centro, sciogliendo l'inestricabile nodo che intreccia corpo, emozione, linguaggio, percezione, socialità e soggettività. Da qui la parola, costruita sulla base di una pseudo-etimologia greca, che indica una *scissione della mente*. Al momento non conosciamo le cause del disturbo, non sappiamo come curarlo in maniera definitiva e spesso è difficile anche solo riconoscerlo. Per queste ragioni il disturbo schizofrenico è considerato l'emblema prototipico di ogni follia, uno dei peggiori mali conosciuti dall'umanità e uno dei più grandi e insondabili misteri dell'intera impresa conoscitiva umana. Gli studi sull'argomento sono caratterizzati da una grande frammentazione tra i vari campi disciplinari e tra le diverse branche degli stessi. Le poche ma notevoli conoscenze raggiunte non sempre sono riconducibili a un quadro unitario, questo a fronte di un immenso lavoro ancora da svolgere per spiegare e comprendere il disturbo nei suoi diversi aspetti.

Per le stesse ragioni, nella nostra cultura – e in una sua porzione fondamentale che chiamiamo psichiatria – il concetto di schizofrenia ha assunto infiniti volti, definizioni, trasposizioni; nel corso della sua breve storia è stato mitizzato o esorcizzato, dismesso, accusato, portato in auge o manipolato. A volte queste operazioni sono state compiute dimenticando il dolore e lo stigma che accompagnano chi vive con una diagnosi di schizofrenia. Troppo spesso, e troppo affrettatamente, si è preteso di risolvere il problema della scarsa conoscenza della patologia relegandola all'interno di un paradigma che marca la schizofrenia come il dominio dell'irrazionale, del regresso, dell'incomprensibilità. Troppo a lungo la nostra cultura ha pensato a questo *territorio sconosciuto* come a un *regno dell'insensato*.

Una sfida per la semiotica

Il deficit, il difetto, la mancanza, l'assenza di senso: sono alcuni dei concetti più spesso utilizzati per caratterizzare la figura dello schizofrenico e il volto tremendo del disturbo. In altri casi, più rari, si è concepita la schizofrenia come un *mondo altro* con le sue regole, le sue specificità e i suoi significati che rimangono per la maggior parte inaccessibili, nascosti da una coltre di *incomprensibilità* che segna un territorio di confine tra il senso e il suo rovesciamento. In questi casi si è guardato alla schizofrenia come un ingresso in una realtà capovolta, confusa, dove le nostre norme di ragionamento e i nostri tentativi di dare senso perdono tutta la loro efficacia.

L'obiettivo di questo libro è quello di varcare il confine, di entrare in questo mondo e tentare di mapparne localmente man mano che si progredisce nell'indagine, cercando di costruire strumenti che permettano un orientamento, provvisorio, magari, ma efficace. L'obiettivo è mostrare che la schizofrenia non sia il dominio del non-senso, ma un paesaggio diverso illuminato da una luce crepuscolare e ancora inesplorato, dove è possibile muoversi a tentoni e *comunicare* con gli abitanti del luogo, costruendo *commisurazioni fra i linguaggi, istituendo codici, interpretando*.

L'indagine sarà condotta a partire dal dominio disciplinare che più di altri si è interrogato sul senso, sulla significazione, sulla comunicazione, sulla costruzione di strumenti per interpretare e per comprendere come si interpreta: la semiotica. Questo sguardo sarà messo alla prova nel tentativo di costruire *comprensibilità nell'incomprensibilità*, di cogliere il *senso* che è stato sovente ignorato.

Questo lavoro non avanzerà soltanto la proposta che consiste, seguendo Foucault (1961), nel *dare voce al silenzio della follia*. Cedere la parola agli individui che soffrono e dedicarsi al loro ascolto è solo il primo imprescindibile passo del nostro percorso. La semiotica insegna che non è sufficiente ascoltare per comprendere, bisogna innanzitutto capire *come* ascoltare e, attraverso il *come*, il *cosa*.

Per una concezione simbiotica della disciplina: l'interdisciplinarietà

Mondo altro, territorio sconosciuto, oggetto indescrivibile, sono solo alcuni dei termini che ricorrono nella letteratura psichiatrica più avanzata per descrivere la difficoltà di entrare in contatto e comprendere le architetture di senso dai pazienti spesso catturati in esperienze e vissuti terribili: sentire voci malvagie o angeliche; sentire il proprio corpo come un estraneo, come una macchina da pilotare; sentire i propri pensieri come se fossero prodotti da altri; vedere il volto dei propri cari tramutarsi in quello di un alieno che tenta di ingannarli; cogliere nelle forme e nei colori degli oggetti l'ombra inquietante dell'apocalisse; e ancora, sentirsi separati dagli altri e non riuscire a comprendere le regole dei costumi sociali e dei giochi linguistici; essere intrappolati in pensieri ricorsivi e navigare a vista tra le associazioni di significati.

Cosa può dire una semiotica su questi fenomeni? E cosa può dire a noi dei modi in cui li comprendiamo? Di quali strumenti dispone per indagarli? Da dove partire? Cosa può offrire agli altri campi disciplinari che si occupano dello stesso tema? Queste sono solo alcune delle domande preliminari che ci siamo posti per intraprendere la ricerca e procedere nella riflessione. Domande preliminari la cui urgenza è giustificata non solo dalla complessità, ma anche dall'immensa delicatezza di un oggetto d'indagine a cui si desidera restituire uno sguardo diverso.

La nostra scommessa è che la semiotica possa dire qualcosa sulle modalità attraverso cui i pazienti schizofrenici comprendono e danno senso al mondo, su come lo indagano, su come si muovono nel repertorio di segni della nostra cultura, su come producono nuove significazioni, e allo stesso tempo che possa aiutarci a comprendere meglio come tali modalità di significare siano state inquadrare da altri approcci e sguardi nel corso del tempo.

Tutto il percorso si configura quindi come un dialogo della semiotica con l'alterità rappresentata dalla schizofrenia, a cui si affianca la necessità di un'apertura ad altri campi disciplinari.

Un passo imprescindibile per noi è, infatti, il confronto serrato con le altre discipline che ai confini del territorio sconosciuto della schizofrenia hanno da sempre operato, strappando con tutte le forze terreno all'incomprensibilità e all'insensato. Per questa ragione, la semiotica è stata qui intesa nel modo in cui amava definirla Umberto Eco¹: un *campo* disciplinare aperto che si scontra continuamente con i suoi i limiti e le sue contraddizioni, mettendoli in luce e avanzando nella ricerca anche grazie al confronto con le altre discipline che si occupano di temi simili da altri punti di vista. Un «ornitorinco disciplinare»² in cui far comunicare diversi livelli e approcci spiegando ognuno attraverso la struttura costitutiva dell'altro, un *campo* capace di generare ibridazioni trasformative di tutti i domini in gioco. Ci siamo mossi pertanto nella letteratura sulla schizofrenia, e nei domini disciplinari che più l'hanno indagata cercando di costruire contaminazioni, di istituire rapporti, di operare reciproche traduzioni. La trattazione si confronta così *in primis* con la psichiatria e con la psicopatologia, nella convinzione che, se la vocazione fondamentale della semiotica, come afferma Greimas, è quella di «mordere sulla realtà»³, allora il primo e fondamentale obiettivo di questo lavoro consiste soprattutto nel proporre strumenti utili alla psicopatologia. Inoltre, il lettore troverà la riflessione semiotica sempre agganciata a quella di altre branche della filosofia, delle scienze cognitive contemporanee e delle neuroscienze, ambiti che hanno già dato prova della loro capacità di esplorare il fascino misterioso del mondo schizofrenico.

Da qui la nostra concezione della semiotica, disciplina a lungo tacciata di imperialismo, oggi spesso ridotta a una condizione ancillare: per noi la semiotica è innanzitutto una disciplina da esercitare in *simbiosi mutualistica* con le altre, da cui prendere per donare e a cui donare per prendere.

¹ Cfr. Eco 1975.

² Cfr. Paolucci 2017.

³ Cfr. Greimas 1970, 11.

Avere o essere: la terminologia

Un aspetto da presentare al lettore che si avvicina al lavoro è quello della terminologia.

Numerosi sono i dibattiti nelle teorie psichiatriche per modificare il nome del disturbo, da più parti considerato portatore di stigma. A questi dibattiti abbiamo dedicato poco spazio nella trattazione, ma è il caso di specificare che nel lavoro si è utilizzato il termine 'schizofrenia' per indicare il disturbo. Riteniamo infatti che il termine funga da utile bacino per unificare e direzionare le ricerche provenienti da diversi campi di studio e per creare una continuità con le riflessioni del passato.

Molte volte abbiamo utilizzato termini alternativi per indicare la parola 'schizofrenia'. Si è in genere preferito utilizzare il più generico 'disturbo', ma sono stati anche utilizzati termini come 'condizione', 'disagio', 'malattia', 'patologia', 'psicopatologia'. Alcuni tra questi termini potrebbero essere avvertiti come stigmatizzanti. Vi sono, in effetti, alcune resistenze nell'utilizzo di una terminologia "medica" delle quali non abbiamo tenuto conto. Tuttavia, riteniamo che nominare 'malattia' o 'patologia' un fenomeno che genera un enorme carico di sofferenza, che è trattato dal sistema sanitario nazionale, la cui terapia passa per interventi farmacologici e su cui sono impiegate enormi quantità di risorse umane e sanitarie, possa costituire anche un atto di rispetto nei confronti dei pazienti che soffrono e di tutti gli operatori dei servizi di cura.

Una questione più complessa è quella riguardante il dibattito su quale formula utilizzare tra 'avere la schizofrenia' ed 'essere schizofrenico'. L'uso di una di queste due locuzioni può marcare una differenza di sguardo clinico: in genere, la psicopatologia e la psicanalisi utilizzano il termine 'essere schizofrenico' e indicano i pazienti come 'schizofrenici'; gli approcci alla cura più focalizzati sulla psicologia cognitiva e sulle neuroscienze utilizzano 'avere la schizofrenia' e indicano il paziente come 'persona con schizofrenia'. Entrambi gli approcci presentano una serie di buone ragioni per l'utilizzo dell'una o dell'altra terminologia. Inoltre, abbiamo rintracciato nei resoconti in prima

persona dei pazienti affermazioni in favore di entrambe le definizioni. Crediamo che la ragione sia inquadrabile attraverso un ragionamento semiotico. Per alcuni pazienti il termine 'avere la schizofrenia' rappresenta un modo funzionale di approcciarsi al disturbo perché permette oggettivazione e senso di controllo attraverso la separazione dell'individuo dalla patologia; per altri, invece, l'oggettivazione non permette di fondare un'identità integrata perché continuamente insidiata da una scomoda alterità. Il termine 'essere schizofrenico' per qualcuno dei pazienti è utile per avvertire senso di potere e di controllo sul proprio disturbo, perché permette una integrazione con la propria identità personale che viene così rivendicata; per altri, il termine rappresenta una forma di resa alla stigmatizzazione perché implica una identificazione totale con il disturbo e la perdita della dimensione personale e individuale. Per questa ragione, abbiamo deciso di non scegliere tra l'una e l'altra definizione.

Nonostante queste specifiche, ci scusiamo nel caso in cui la sensibilità di qualcuno dovesse essere in qualche modo offesa dalla terminologia qui utilizzata.

Semiotiche per la comprensibilità: il percorso

Il libro è strutturato in sei capitoli divisi in due parti, e si articola in un percorso tra diversi livelli dell'universo di significazione relativo alla schizofrenia. L'ipotesi è quella di esplorare la schizofrenia identificando nel disturbo un problema principalmente semiotico, il cui nucleo è da rintracciare in una radicale *metamorfosi* delle modalità di produrre, interpretare, trasformare e processare senso, e non in una sua disgregazione. Questo mutamento complesso del sistema del significato nel vissuto individuale si ripercuote anche sui sistemi che tentano di indagarlo producendo delle zone d'ombra e di conflitto all'interno del campo semiotico della cultura.

Proprio per questo, la *Parte I – Mappare i confini* consiste in una ricognizione semiotica del concetto di schizofrenia, volta a ricostruire l'evoluzione storica e la condizione culturale del-

le relazioni tra psichiatria e cultura: il concetto di schizofrenia viene qui caratterizzato come un concetto che circola tra domini psichiatrici ed extra-psichiatrici in un continuo processo di trasformazioni, deformazioni e reciproci soccorsi semiotici.

Il *Capitolo 1*, partendo dalle definizioni della *schizofrenia* fornita dal DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; APA 2013) e dall'ICD-11 (*International Classification of Diseases*; WHO 2019), indagherà l'oscurità del *concetto* nosografico, mostrando come esso costituisca la sfida principale della psichiatria. Questo ordine di problemi ci porterà a riorganizzare semioticamente il concetto di schizofrenia, sostituendo una nozione ontologica con una semantica che permette di salvaguardare il concetto come *ipotesi di studio*. D'altra parte, i problemi non si riducono alla sola diagnosi. L'incertezza sul concetto stesso di schizofrenia si insinua in diversi aspetti della cultura e della vita dei singoli pazienti: dalle rappresentazioni culturali dello schizofrenico, allo stigma a cui può sentirsi sottoposto dalla società, ai servizi di cura destinati. Indissolubilmente, il costruito teorico della psichiatria si lega alla vita dei soggetti schizofrenici, al punto che la loro stessa identità di pazienti viene a tematizzarsi alla luce delle differenti concezioni in cui si inquadra la malattia. Sulla base di questa riflessione si proporrà un'interpretazione sul ruolo della cultura negli studi sulla schizofrenia e sull'impossibilità di dividere la pratica clinica dai discorsi culturali che la circondano.

Il *Capitolo 2* mostrerà come il concetto di schizofrenia sia così difficile da individuare a causa delle varie modalità con cui i *discorsi* psichiatrici hanno costruito l'immagine del disturbo. Prendendo in esame diversi modelli e teorie, si metterà in luce come gran parte della storia della schizofrenia si sia mossa sul modello della devianza dalla razionalità e sull'opposizione tra normalità e follia. In questa storia la schizofrenia ha assunto diversi volti: da simbolo del deficit, del regresso o dell'incomprensibile diventa il modello dell'autenticità e della libertà dalle costrizioni sociali. La semiotica sarà fondamentale per individuare questi sistemi di opposizioni che si rafforzano reciprocamente, mantenendo sempre la figura dello schizofrenico come

deficitario, alieno, come Alterità assoluta, o come prodotto di una cultura.

Il *Capitolo 3* tenterà di uscire dall'*impasse* causata dall'opposizione tra schizofrenia e normalità, dedicando una particolare attenzione al modello della psicopatologia fenomenologica. Quest'ultima, mettendo al centro della propria indagine la dimensione dell'esperienza vissuta, si configura come interlocutrice fondamentale per uno sguardo semiotico alla schizofrenia. Il capitolo esplorerà le riflessioni sul *senso* dell'esperienza schizofrenica e sulla possibilità di *comprensione* della stessa. Da qui, sarà delimitato il campo di una semiotica dell'alterità, il cui obiettivo è quello di *costruire una comprensibilità* dell'esperienza schizofrenica attraverso lo studio e l'analisi dei sistemi semiotici in cui essa si esprime e si riflette. Questo capitolo si pone come base epistemologica per iniziare l'indagine semiotica sulla schizofrenia per come essa è vissuta ed esperita e per come essa si articola in inconsueti processi di significazione.

La *Parte II* del volume, *Dall'altra parte del senso*, sarà quindi dedicata a un primo tentativo d'indagine dei processi di significazione e di senso della schizofrenia. Un'impresa di questo tipo non può che cominciare dal primo ostacolo che si incontra nell'interazione con gli individui schizofrenici: un linguaggio ambiguo e idiosincratico, caratterizzato dai fenomeni che compongono il sintomo dell'*eloquio disorganizzato*.

Il *Capitolo 4* si concentrerà su una descrizione del linguaggio schizofrenico (o schizofasia). Dopo un'analisi storica del problema, dei modi in cui è stato trattato e la descrizione delle manifestazioni schizofasiche, seguirà un tentativo di inquadramento semiotico della schizofasia in un'ottica semiotica ed enciclopedica.

Il *Capitolo 5* tenterà una spiegazione della schizofasia a partire da una prospettiva semiotico-cognitiva, che accoglierà al suo interno le più recenti riflessioni e scoperte delle neuroscienze e delle scienze cognitive. In questo capitolo si mostrerà come la schizofasia sia una componente fondamentale del disturbo schizofrenico, ma non possa essere considerata il suo nucleo generatore. Un ruolo determinante nella spiegazione del

fenomeno sarà rintracciato nella perdita dell'intersoggettività, intesa anche come un allontanamento dello schizofrenico dalla dimensione comune del linguaggio.

Il *Capitolo 6*, invece, sarà dedicato alla relazione tra soggettività, intersoggettività e linguaggio nella schizofrenia e tratterà delle modalità attraverso cui una teoria semiotica sulla schizofasia conduca a una ridiscussione di alcune tesi classiche. Attraverso una ridefinizione dei disturbi dell'io linguistico e chiarendo le modalità attraverso cui il linguaggio trasforma l'esperienza schizofrenica, questo capitolo concluderà la proposta teorica del libro, rilanciando future indagini.

Se l'argomentazione apparirà convincente e misurata, essa si presterà ad aprire nuove strade per uno sguardo semiotico alla psicopatologia. L'obiettivo del testo è intanto quello di tastare, di verificare, di esplorare fratture e resistenze di un muro divisorio, di trovare la giusta angolatura per aprirvi una breccia.

Giano, ovvero del lettore modello

Ogni volta che si scrive lo si fa per un lettore immaginario che viene costruito durante la fase di stesura del lavoro. Nel nostro caso, ci ha guidato l'immagine di un Lettore Modello⁴ che possiede, come il dio Giano, due volti: un volto rappresenta il lettore interessato ai temi della semiotica; l'altro rappresenta il lettore interessato ai temi della psicopatologia e della psichiatria.

Abbiamo cercato di parlare a due sguardi come se fossero uno, rendendo commisurabili i temi dell'uno per l'altro e viceversa. Si è proceduto, quindi, esplicitando quanto più possibile i linguaggi, mostrando i nodi e gli intrecci, rendendo chiare le connessioni fra i temi, trasformando gli argomenti dell'uno e dell'altro paradigma senza capriole improvvise, cercando di procedere con la lentezza, il rigore, l'accuratezza che un tale tentativo richiede. L'intero percorso, capitolo per capitolo,

⁴ Eco 1979.

oscilla tra uno sguardo semiotico e uno psicopatologico, nel tentativo di apportare elementi concettuali e strumenti innovativi, tanto per uno quanto per l'altro volto di Giano.

Giano è divinità della soglia, degli attraversamenti, dei passaggi: al lettore, allora, non resta altro che assisterci in questo percorso liminare, alla ricerca di un varco ai confini del senso.

Ringraziamenti

Un grazie sincero va anche a Patrizia Violi, Francesco Mazzucchelli e Anna Maria Lorusso, con i quali ho avuto il piacere di discutere approfonditamente alcune delle idee contenute nel volume. Le parti più legate alle scienze cognitive devono molto al Center Knowledge and Cognition e alle persone che lo hanno animato in questi anni: Luisa Lugli, Francesco Bianchini e Antonella Tramacere.

Fondamentale per la mia crescita è stato il periodo di visiting presso il Center for Subjectivity Research dell'Università di Copenaghen, dove ho potuto approfittare di un confronto franco e illuminante con Dan Zahavi e Mads Henriksen. Non posso dimenticare, inoltre, i giorni trascorsi a Noto, durante i seminari di formazione dottorale, dove il dialogo con Ninni Pennisi, Valentina Cardella, Alessandra Falzone, Nino Bucca, Donata Chiricò, Paola Pennisi e Cisco Parisi ha arricchito e affinato la seconda parte del lavoro dedicata alla psicopatologia del linguaggio.

Un ringraziamento speciale va ai miei amici e colleghi con cui condivido l'entusiasmo per la semiotica cognitiva: Flavio Valerio Alessi, Paolo Martinelli, Gabriele Giampieri, Marco Giacomazzi, Federica Arenare, Marco D'Alessandro, John Sykes e Giovanni Pennisi. Le nostre conversazioni, spesso protrattesi fino a notte fonda, sono state momenti di confronto essenziali di cui sono grato.

Inoltre, sono particolarmente riconoscente a Giovanni Stanghellini e Stefano Besoli per aver accolto questo lavoro nella collana Clinica ed esistenza e per la loro fiducia nei confronti di un autore in erba.

Il volume è stato edito nella forma di Gold Open Access grazie al contributo del Piano Strategico di Sviluppo Dipartimentale e del progetto di ricerca PRIN 2022 SACre-D, entrambi progetti del Dipartimento di Filosofia dell'Università di Bologna per cui ho l'onore e la fortuna di lavorare.

A mio padre, Nunzio Lobaccaro, e a mia madre, Mariassunta Visci, va un ringraziamento infinito per il costante supporto e incoraggiamento nel mio percorso di ricerca e di vita.

Infine, vorrei ringraziare a Martina Bacaro. Senza di lei il libro avrebbe raccontato la frustrazione dell'incompiutezza e la fatica della ricerca. Grazie a lei, narra dell'amore per la scoperta e del brivido del percorso inosato.

Parte prima

Mappare il confine
La schizofrenia come problema semiotico

Capitolo 1

Dalla psichiatria alla semiotica: andata e ritorno

1.1. *Che cosa è la schizofrenia?*

Circa un secolo fa, nel 1919, un nutrito gruppo di astanti si raccolse in un albergo svizzero per assistere allo spettacolo del ballerino russo Vaslav Nijinsky. Vaslav, nei dieci anni precedenti, aveva calcato i palchi più importanti del mondo, ed era divenuto un idolo adorato dal pubblico per la potenza e la bellezza della sua danza, per il dono di incarnare il movimento con una forza istintiva, animalesca, che scandalizzava e animava allo stesso tempo. Ancora oggi, Vaslav Nijinsky è considerato il più grande ballerino della storia, il *dio della danza*. Quel giorno, in Svizzera, anziché danzare, fece cenno alla pianista di attendere, sedette sul palcoscenico e, con aria distante, scrutò lungamente il pubblico allibito. Una ventina di minuti più tardi si mosse, prese due strisce di velluto, formò con esse una croce sull'assito e disse: «Ora ballerò la guerra». Poi danzò con movimenti selvaggi e improvvisati, nervosamente, violentemente. Fu il suo ultimo spettacolo. Una voce esplose nella sua testa.

Una volta andai a fare una passeggiata e mi sembrò che sulla neve ci fosse del sangue, così mi misi a correre seguendo le tracce. Pensai che qualcuno avesse ucciso un uomo, ma che quest'uomo fosse ancora vivo, così mi misi a correre in un'altra direzione e vidi una vistosa traccia di sangue. Avevo paura, ma camminavo verso l'abisso. Capii che le tracce non erano di sangue, ma di piscio. [...] Mi spaventai e tornai indietro di corsa. Conosco persone che hanno paura. Io non ho paura, perciò tornai da dove ero scappato, e allora sentii che era Dio a mettermi alla prova per vedere se avevo paura di lui. E io dissi ad alta voce: «No, non ho

paura di Dio, perché lui è la vita e non la morte». Allora Dio mi fece andare verso il precipizio, dicendomi che c'era un uomo sospeso nel vuoto e che bisognava salvarlo. Avevo paura. (Nijinsky 1919-95, 21)

Le sue giornate in Svizzera si alternano tra la morte e la vita, tra l'amore e la paura: paura di aver perso il senno, di essere diventato pazzo, di essere recluso. È il marzo del 1919 quando i suoi *Diari* si interrompono, e nella clinica di Burghölzli a Vaslav fu diagnostica una *schizofrenia*; è Eugen Bleuler, l'inventore, potremmo dire, della malattia a operare la diagnosi. Seguiranno le cure di Ludwig Binswanger, una delle figure intellettuali più importanti del Novecento. Nei successivi trent'anni Vaslav non muoverà più un passo di danza e parlerà a stento, a eccezione di quando nel 1940, in Ungheria, a Odenburg, si ritrovò in compagnia di soldati russi: la lingua natia e l'offerta di un bicchiere di vodka lo destarono dal torpore. Per una sera Vaslav parlò e danzò al suono della musica russa dei soldati, e poi mai più¹.

Cosa può spingere un uomo così innamorato della danza e della vita al silenzio immobile? Che cosa Eugen Bleuler diagnosticò a Nijinsky, che cosa Binswanger tentò invano di curare? Cosa è la schizofrenia?

Secondo l'*Oxford Concise Medical Dictionary* (2010), si intende per schizofrenia «a severe mental illness characterized by a disintegration of the process of thinking, of contact with reality, and of emotional responsiveness»². Si tratta quindi di un disturbo psichiatrico totalizzante in cui pensiero, realtà ed emozioni sono coinvolti e subiscono un processo di *disintegrazione*. Già una così breve definizione ci getta immediatamente al centro di un problema fondamentale del disturbo schizofrenico. Esso colpisce tutti quegli elementi che la cultura occidentale utilizza per descrivere la soggettività umana: la razionalità,

¹ Per la storia di Vaslav Nijinsky cfr. Moore 2013; per l'episodio dell'ultimo ballo cfr. il bell'articolo su «Life Magazine» di William Walton (10 September 1945). *Nijinsky in Vienna*, «Life Magazine», 19, 11, pp. 63-70.

² <https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/acref/9780199557141.001.0001/acref-9780199557141-e-9060?rskey=h2eQID&result=9861>

la capacità di oggettivare il mondo e la capacità di riconoscere e dominare i propri stati emotivi. Il dizionario medico ci presenta così la schizofrenia, immediatamente come un disturbo totalizzante che colpisce l'essere umano al suo nucleo.

L'ideazione di questa entità nosografica si deve a Emil Kraepelin, che nella V e VI edizione del suo *Trattato* (1896; 1899), la descrisse con il nome di *Dementia Praecox*, e a Eugen Bleuler, che nel 1911 ha proposto la definizione odierna, ma in più di un secolo di ricerche sappiamo ancora troppo poco sull'eziologia della malattia.

Il disturbo colpisce con scarsissima variabilità culturale una percentuale di popolazione compresa tra il 0,3% e il 0,7%, con tassi di incidenza più alti su popolazione maschile, generalmente in una fascia d'età compresa tra i 17-30 anni negli uomini e tra i 20-40 anni nelle donne. Sebbene attualmente non si possa parlare della schizofrenia come un disturbo cronico, esso comporta dei tempi di degenza molto lunghi, tanto che la stessa entità psichiatrica per essere diagnosticata necessita della presenza di sintomi per periodi prolungati. Va da sé che la gravità del disturbo, associata all'alta diffusione, alla fascia di popolazione colpita e alla scarsa efficacia delle terapie generi un altissimo costo sociale per il suo trattamento, che nei paesi occidentali è stimato tra l'1,5% e il 3% del budget totale dei sistemi di *health care*, con costi indiretti come la perdita di produttività che corrisponde a circa tre volte i costi diretti (Knapp *et al.* 2004; Lindstrom 1996)³.

Il costo della schizofrenia è alto anche in termini di vite umane. Infatti, i pazienti con diagnosi di schizofrenia muoiono 12-15 anni prima della popolazione media, tendenza comunque in crescita negli ultimi anni (Saha *et al.* 2007): secondo alcuni studi, tra suicidi, ritiro sociale e fattori di rischio legati a routine (dieta, fumo, obesità, sedentarietà), la schizofrenia causa una perdita di vite maggiori del cancro (van Os e Kapur 2009: 1). Queste caratteristiche hanno portato a considerare questa con-

³ Ad esempio, si stima che in Italia l'impatto della schizofrenia sul sistema sanitario nazionale sia di circa 3,2 miliardi di euro l'anno (Marcellusi *et al.* 2018).

dizione “il peggior male conosciuto dall’umanità” (Carpenter e Buchanan 1995) e uno dei più grandi e insondabili misteri non solo della medicina o della psichiatria, ma dell’intera impresa conoscitiva umana. Il crollo di Nijinsky non è cosa da poco.

1.2. *Il problema della diagnosi: dell’ICD-11 e DSM-5*

La schizofrenia rappresenta un problema immenso per la psichiatria, in quanto, dopo un secolo dalla nascita del concetto, è ancora impossibile affermare con certezza da cosa sia causata (o se sia causata da qualcosa).

L’impossibilità di rintracciare una chiara eziologia del disturbo non solo produce una serie di difficoltà diagnostiche, ma non permette una fondazione unitaria del concetto psichiatrico con una sua conseguente moltiplicazione. Con una entità nosografica non definita, o, ancora peggio, definita in modi diversi da nazione a nazione e a seconda delle scuole psichiatriche prevalenti (sono più di 40 le definizioni di schizofrenia proposte da quando è stata identificata per la prima volta, cfr. Jansson e Parnas 2007), l’impatto sulla diagnosi, sui trattamenti e sulle vite delle persone è immenso.

Solo negli anni ’70, dopo oltre sessant’anni dall’individuazione del disturbo, nacque la necessità di unificare gli studi a livello internazionale per tentare un miglior impatto su trattamenti e tracciamenti: tale unificazione nosografica, in assenza di chiari *markers* neuro-biologici e di evidenti cause ambientali, si è operata attorno a categorie diagnostiche e non patogenetiche.

Questa soluzione ha portato alla costruzione di modelli unificati come gli attuali DSM-5 (APA 2013) e l’ICD-11 (WHO 2019) che hanno permesso una crescita esponenziale dell’*affidabilità* e della *riproducibilità* della diagnosi e uno sviluppo degli studi internazionali su gruppi omogenei di pazienti. D’altra parte, tali modelli hanno portato con sé degli svantaggi teorici evidenti, come una perdita della dimensione esplicativa della psichiatria a vantaggio della semplice operazione diagnostica. Inoltre, i modelli teorici ufficiali, pur dichiarando una presunta

a-teoreticità e *a-storicità* del modello utilizzato, hanno come sfondo epistemologico un razionalismo medico che produce una concezione della malattia mentale come malattia del corpo il cui indicatore fondamentale e inequivocabile è il sintomo. Più che caratterizzarsi come modelli a-teorici, i manuali diagnostici si basano su una teoria di fondo che consiste nella *misurabilità* dei risultati, nell’*affidabilità* della *diagnosi* e nella *riproducibilità* dei processi quanto più automatica possibile. Il mondo del paziente, il suo rapporto con lo psichiatra, il suo essere inserito sempre in una cultura e in una società sono messe in secondo piano⁴.

1.2.1. *La storia dei criteri internazionali*

Un primo passo verso l’unificazione diagnostica si è avuto nel 1946, quando l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha aggiunto i disturbi psichici nella sesta edizione dell’*International Classification of Diseases* (WHO 1948), un sistema descrittivo delle varie patologie con l’obiettivo di raccogliere e confrontare sistematicamente i dati su morbilità e mortalità nel mondo. Parallelamente, negli Stati Uniti, l’Associazione degli Psichiatri Americani (APA) decise di operare un primo tentativo di classificazione sistematica sfociato nel primo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I: APA 1952), a cui è seguita la seconda edizione del 1968 (APA 1968). Queste edizioni del manuale rispecchiavano la concezione psicanalitica che in quegli anni imperava negli USA, concentrandosi molto più sui conflitti psicodinamici che sui sintomi psicotici.

⁴ I limiti rilevati nei manuali diagnostici hanno prodotto anche richieste di maggiore scientificità, sfociate in nuovi emergenti approcci allo studio delle malattie mentali, come ad esempio il progetto “Research Domain Criteria” o RDoC (Insel 2010), promosso dal National Institute of Mental Health degli USA. Con l’obiettivo di sostituire completamente i DSM e gli ICD, RDoC si costituisce come una rete di ricerca con lo scopo di integrare dati provenienti da diverse linee di studio (dalla genomica alle neuroimmagini) e di comprendere meglio le dimensioni di base del funzionamento dello spettro completo dei comportamenti umani da quelli normali a quelli patologici.

La situazione agli inizi degli anni '70 vedeva negli USA una percentuale di diagnosi di schizofrenia doppia rispetto a quella del Regno Unito, mentre nell'URSS, che aveva reinstaurato i servizi psichiatrici nel 1956, si utilizzava la neonata definizione di *schizofrenia torpida* (una forma di schizofrenia con sintomi ambigui e non sempre manifesti) per psichiatrizzare ed eliminare i nemici politici e gli oppositori: a testimonianza di ciò, basti pensare che a Mosca la percentuale di schizofrenici era doppia rispetto a quella di Leningrado (Garrabé 1992).

Proprio alla luce di questi dati discordanti, l'OMS propose uno studio mondiale che ha poi segnato la storia della psichiatria: l'*International Pilot Study of Schizophrenia* (Sartorius *et al.* 1974). I risultati dello studio mostravano come, utilizzando i criteri diagnostici internazionali dell'ICD-7 (WHO 1957), i dati tra Regno Unito, USA e URSS fossero uniformi, cosa che accelerò la spinta verso l'uso di un modello unificato.

Complici anche il cambio di gerarchie nell'accademia e negli ospedali americani e la lenta estromissione della psicanalisi dalla psichiatria ufficiale, il 1980 fu l'anno di svolta con l'edizione del DSM-III. Questo manuale diagnostico segnava un distacco netto dai precedenti, in quanto aveva l'obiettivo fondamentale di fornire un modello *a-teorico* e *a-storico* per la diagnosi dei disturbi e di porre il *sintomo* come elemento diagnostico principale. L'idea alla base del manuale era quella di una psichiatria in cui la diagnosi non necessitasse dell'interpretazione dello psichiatra, ma fosse fondata su un modello algoritmico in cui il sintomo è segno osservabile in modo neutro, oggettivato, con un funzionamento simile al processo diagnostico "tutto-o-niente" normalmente utilizzato nello studio delle fisiopatologie. Tuttavia, lungi dall'essere un modello *a-teorico*, anche il DSM-III si presenta come un modello *ideologico*⁵ (Eco 1975)

⁵ Utilizziamo qui la definizione di ideologia per come presentata da Umberto Eco. Eco, infatti, ritiene che l'ideologia sia una premessa concettuale di un'argomentazione, esplicitata o meno, da cui è possibile far derivare una serie di asseriti semiotici. Tale base concettuale è fondata su una serie di selezioni circostanziali delle proprietà di un dato semema che ignorano o celano altre proprietà di quello stesso semema minando la linearità di una data argomentazione (Eco 1975, 363; 369). In altri termini, l'ideologia

che si nasconde dietro una dichiarata neutralità esplicativa: esso si sviluppa da un'idea di psichiatria fortemente riduzionista, che in quegli anni andava affermandosi nel Regno Unito e negli USA, e che viaggiava parallela alla sperimentazione farmaceutica sui pazienti schizofrenici⁶.

Il modello del DSM-III, tuttavia, falliva proprio dove dichiarava di aver successo: la pretesa neutralità teorica era infatti intaccata dall'etnocentrismo del modello americano e dalla difficoltà di fare i conti con modelli assistenziali differenti. Le edizioni successive del DSM, il IV del 1994 e il 5 del 2013, hanno tentato di risolvere queste problematiche aggiornando il modello attraverso una maggior attenzione alle pratiche di ricovero e alla variabilità culturale, con conseguente aumento di precisione delle diagnosi.

1.2.2. DSM-5 e lo spettro schizofrenico

Il DSM-5 è attualmente il modello diagnostico privilegiato. In questo manuale la schizofrenia non appare isolata, ma fa parte di uno spettro di disturbi raccolti in un nuovo cluster chiamato "disturbi dello spettro schizofrenico" analizzabile sulla base di categorie sintomatiche ben precise:

Deliri: definiti come «convinzioni fortemente sostenute, non passibili di modifica alla luce di evidenze contrastanti» (APA 2013, 101).

Allucinazioni: definite come delle percezioni senza stimolo esterno in uno stato di veglia non associate al consumo di sostanze stupefacenti. Esse devono essere principalmente di tipo uditivo.

è una strategia di occultamento delle possibili premesse contraddittorie e si manifesta come uno sguardo sul mondo parziale e sconnesso. Narcotizzando le interconnessioni dell'universo semantico, in tutta la loro contraddittorietà e non linearità, l'ideologia tende a celare «le ragioni pratiche per cui certi segni sono stati prodotti insieme coi loro interpretanti» (ivi, 369).

⁶ Non a caso più autori hanno insinuato il coinvolgimento delle aziende farmaceutiche nella diffusione dei manuali diagnostici (cfr. Mosher *et al.* 2004; Sharfstein 2005).

Pensiero disorganizzato (eloquio): il paziente dimostra un disturbo formale del pensiero dedotto da un eloquio disorganizzato.

Comportamento motorio disorganizzato: il paziente può passare da stadi di stolidità ad agitazione improvvisa e immotivata.

Sintomi negativi: legati a una diminuzione dei normali stati o attività della persona (es. diminuzione risposte emotive e affettive, asocialità mancanza di volontà e scarso interesse per piaceri fisici).

La collocazione della diagnosi sullo spettro viene fatta derivare principalmente dalla durata delle manifestazioni sintomatiche e dalla loro compresenza. Ad esempio, la schizofrenia richiede la durata di almeno due dei primi tre sintomi per almeno 6 mesi, e coinvolge il declino cognitivo (APA 2013, 115-116).

I criteri presentati nel DSM-5 sono praticamente identici a quelli dell'ICD-11 (WHO 2019), con la differenza che quest'ultimo dà più importanza ai sintomi negativi, considerati necessari, ma non fa accenno al declino cognitivo e al funzionamento cognitivo e sociale del disturbo. Le differenze più sostanziali tra i due modelli consistono: a) nella mancanza di uno spettro schizofrenico (nell'ICD-11 la schizofrenia viene infatti divisa dagli altri episodi psicotici) e b) nel tempo necessario per la diagnosi che per l'ICD è di solo 1 mese contro i 6+1 del DSM. Il dato non è affatto trascurabile perché, a prescindere dalla abilità dello psichiatra, una diagnosi di schizofrenia afferente a un certo modello internazionale può non corrispondere a quella basata su un altro modello internazionale: già questo elemento apre uno spacco diagnostico, in quanto lo psichiatra a seconda del modello che utilizza si troverà a dover impostare un tipo di terapia per un disturbo che ha la stessa nomenclatura, ma che è formalmente diverso. Se si prendono in considerazione i modelli internazionali, il quadro emergente del disturbo è attualmente quello di una gamma di disfunzioni che richiede una costellazione di sintomi eterogenei in cui nessuno è prevalente, tanto che il disturbo «non sembra essere il risultato diretto di nessuna delle singole caratteristiche» (APA 2013, 116). Il concetto di schizofrenia si arena ad oggi su una eterogeneità

di manifestazioni non unificate che le danno la forma di una «sindrome di sindromi» (Rossi Monti e Stanghellini 1999, xv).

1.2.3. Critiche ai criteri di valutazione internazionale

La validità dell'uso del DSM-5 è stata ampiamente criticata e il suo uso messo in discussione su diversi fronti. La ricerca di una affidabilità maggiore della diagnosi lascia aperti numerosi problemi, il principale dei quali è che lo strumento diagnostico si fonda solo su una motivazione operativa e deve la sua forma più a usi pragmatici che ad analisi concettuali o empiriche. Lo spettro schizofrenico stesso, infatti, raccoglie sia disturbi che potrebbero essere posti su un continuum di intensità crescente (es. disturbo psicotico breve, disturbo schizofreniforme, schizofrenia) sia disturbi che sono accomunati solamente da una sintomaticità simile (es. disturbo psicotico indotto da farmaci/sostanze). Nello stesso *cluster* troviamo, cioè, disturbi di personalità, disturbi affettivi e disturbi psicotici indotti da sostanze o da altre condizioni mediche, che spesso poco hanno a che fare l'uno con l'altro.

Un primo ordine di problemi è allora associato proprio all'operatività dei criteri, che possono risultare non chiari e non portare a una riduzione dell'incertezza diagnostica (Poland 2007). Infatti, partendo dal presupposto che ogni diagnosi psichiatrica – a prescindere dai criteri utilizzati – richiede una grande capacità di riconoscere e distinguere pochi sintomi che non sono di facile misurazione e che spesso sono nascosti dai pazienti stessi, possiamo dire che il DSM-5 e l'ICD-11 rappresentano uno strumento solo parzialmente utile al lavoro dello psichiatra. I manuali diagnostici forniscono un ottimo aiuto, specialmente quando si è di fronte a casi paradigmatici, ma è necessario sottolineare che i casi esemplari rappresentano un sottogruppo minimo rispetto alla popolazione clinica e sono generalmente dei casi limite di pazienti gravemente malati. La maggior parte dei disturbi si presenta invece con sintomi molto più sfumati e con una grande varietà di manifestazioni molto difficili da identificare. Nel caso della schizofrenia, ad esempio:

Gli individui *possono* esprimere una varietà di convinzioni insolite e stravaganti che non sono di qualità delirante, *possono* avere esperienze percettive insolite e il loro eloquio *può* essere generalmente comprensibile ma vago, e il loro comportamento *può* essere inusuale ma non grossolanamente disorganizzato. (APA 2013, 117, *corsivo mio*)

È insomma riconosciuto che le possibilità di espressione del disturbo sono variabilissime e si collocano su diverse scale di intensità la cui individuazione dipende costitutivamente dall'abilità e dalla sensibilità dello psichiatra. A queste perplessità definitorie si devono aggiungere le difficoltà diagnostiche incontrate nei casi di comorbidità (APA 2013, 122): frequentemente, infatti, i soggetti schizofrenici presentano sintomi che appartengono a categorie diagnostiche differenti rendendo difficoltosa l'operazione di identificazione del disturbo per iniziare una terapia efficace.

Un secondo ordine di problemi è invece legato alla premienza data all'operatività dei criteri diagnostici contro una più approfondita focalizzazione sulle cause e sulla ricerca empirica. Il rischio è che tale modo di procedere escluda delle importantissime categorie che potrebbero essere utili a definire la patologia, ma che non hanno la stessa rilevanza a livello diagnostico (Jansson e Parnas 2007). Un esempio lampante è la sottovalutazione da parte del DSM-5 dei sintomi negativi della schizofrenia, come ad esempio il vissuto emotivo dei pazienti schizofrenici. In realtà tali sintomi costituiscono il fulcro della sofferenza psichica ed esistenziale dei pazienti (Borgna 1995): il rischio non è allora solamente quello di sottovalutare l'esperienza del paziente e i suoi resoconti in prima persona (e con essi l'abilità dello psichiatra di individuare alcuni nuclei significativi del disturbo) ma anche quello di deumanizzare la persona che soffre, considerandola nient'altro che un conglomerato di sintomi senza una storia e un vissuto personale.

La focalizzazione sulle categorie diagnostiche e il silenzio pressoché totale sull'ardua questione dell'eziologia della malattia sedano una domanda fondamentale sulla consistenza stessa della categoria di schizofrenia. I manuali diagnostici raccolgono una serie di suggestioni teoriche e di sintomi che sono in

realtà una *summa eterogenea* dei criteri utilizzati in altri approcci teorici e che appaiono particolarmente evidenti, ma nei fatti lascia un vuoto teorico immenso. La schizofrenia, prima di poter essere diagnosticata con criteri indubitabili, non deve essere forse interrogata nel suo statuto di disturbo? Non si deve cioè integrare un approccio diagnostico pragmatico con uno teoretico-patogenetico? La schizofrenia è realmente una patologia unica, o è un termine ombrello sotto cui si fanno ricadere sintomi eterogenei che semplicemente non siamo in grado di spiegare (Shean 2004)? Siamo sicuri che questa rete di sintomi possa essere indagata soltanto a partire da un approccio psichiatrico?

Già a un primo sguardo appare chiaro come la definizione ufficiale della schizofrenia finisca per portare con sé le ombre che l'hanno prodotta, le insicurezze che tenta di celare e i dubbi che è nata per dissipare.

1.3 *Dalla semeiotica alla semiotica: la schizofrenia come fatticcio*

È sufficiente, dunque, indagare la storia del concetto per rendersi conto di come la schizofrenia, la diagnosi a essa associata e i sintomi principali individuati siano il risultato di una contrattazione collettiva che risente sempre del periodo storico e della cultura di riferimento. Abbiamo già notato come il DSM, partendo da una presunta a-teoreticità e a-storicità, non faccia altro che riflettere la teoria e la storia del tipo di psichiatria che ne anima i propositi (Flexer 2016): esso è impregnato di elementi culturali (in particolare quelli della cultura americana), e chiama *a-teorica* la costellazione sintomatologica che altro non è che un mix fra varie teorie precedenti (Ghaemi 2012).

La situazione per la schizofrenia è aggravata dalla mancanza di una chiara eziopatologia e di evidenze di specifici indicatori fisici, genetici, neurologici, psicologici, ambientali o una combinazione fra questi (Nature 2010), tanto che già il DSM-III rivelava che «[t]he limits of the concept of schizophrenia are unclear» (APA 1980, 181).

La definizione, allora, che risponde alla domanda iniziale “Cos’è la schizofrenia?” può essere messa in discussione a partire dalla stessa ideologia che ha permesso la definizione del concetto attraverso i suoi sintomi. Infatti, l’immagine complessiva della schizofrenia che emerge dal quadro del DSM e dell’ICD è realmente atipica, perché essa riconosce il disturbo come una somma di sintomi, ma i sintomi stessi sono tali solo a partire dal disturbo come costruito teorico che li raccoglie. I sintomi⁷ hanno un legame *convenzionale* con il disturbo che indicano, in quanto il disturbo stesso, mancando di un ancoramento a una base organica, si presenta come un segno dal carattere esclusivamente *simbolico* che può avere come oggetto o la sofferenza personale del paziente o la stessa costellazione di sintomi che la manifestano: per Peirce, lo ricordiamo, il «Simbolo è un segno che si riferisce all’Oggetto che esso denota in virtù di una legge, di solito un’associazione di idee generali, che opera in modo che il Simbolo sia interpretato come riferentesi a quell’Oggetto» (CP. 2.249). Un primo problema semiotico che il DSM-5 pone – e che mostra immediatamente l’ideologia oggettivante a esso sottesa – è la medicalizzazione attraverso il *sintomo* di elementi che altro non possono essere che *segni* di un altro *segno*. Il DSM-5 spaccia come *semeiotico* ciò che è intrinsecamente *semiotico*.

1.3.1 Dal sintomo al segno

Una notazione preliminare da fare è che la semiotica ha già ampiamente mostrato come anche il *sintomo* medico non sia altro che un prodotto *semiotico* di *sintomatizzazione* dei segni di una determinata malattia (Marrone 2005a; Fabbri 2005). Il

⁷ Sia chiaro che non ci stiamo riferendo alle manifestazioni psicopatologiche che sono indicate come sintomi, ma la loro *interpretazione* in termini sintomatologici. Cioè, non stiamo affermando che le allucinazioni hanno un legame *convenzionale* con il vissuto schizofrenico, ma che esse possono essere assunte come *sintomi* solo in via del tutto *convenzionale* alla luce della delimitazione clinica del disturbo e alla sua istituzione all’interno di un paradigma psichiatrico.

sintomo è tale solo all’interno di una cultura e di una rete discorsiva come quella medica che è in grado di pertinentizzarlo⁸ come tale. Dato che la semiotica non pensa mai al di fuori dei *segni* e dei *testi*, delle *pratiche* e della *cultura* che li definiscono (Paolucci 2010), il punto qui non consiste né nel definire quanto sintomi medici e sintomi psichiatrici possano essere simili perché *segni*, né tantomeno nel differenziarli dando al *sintomo organico* un carattere oggettivo e al *sintomo psichiatrico* (in particolare schizofrenico) un carattere convenzionale. L’obiettivo è quello di mostrare come le operatività dell’uno e dell’altro segno differiscano proprio alla luce delle modalità attraverso cui essi *stanno per qualcos’altro*. Il *sintomo medico* ha un carattere prevalentemente *indicale*⁹ e rimanda a una disfunzione fisiologica su cui si può o meno intervenire attraverso le pratiche e gli strumenti medici in maniera misurabile. Il *sintomo psichiatrico*, quando non è frutto di dimostrabili disfunzioni organiche, rimanda solo alla categoria che lo elegge come sintomo.

Diventa ovvio a questo punto che *semeiotizzare* il *segno psichiatrico* significa volerlo equiparare al *sintomo organico*, senza tuttavia avere dei riscontri chiari e oggettivabili di fattori che lo causano. Il risultato di questo capovolgimento con l’introduzione dei DSM è stata un’esplosione della sperimentazione psicofarmacologica sui pazienti schizofrenici che puntava a eliminare i sintomi: l’idea alla base di questa visione è che se non c’è più sintomo non più c’è malattia. Come quando la temperatura corporea è inferiore ai 37° non c’è febbre, così quando il paziente schizofrenico non presenta più credenze deliranti, afferma di non sentire più voci e rimane calmo e anestetizzato da psicofarmaci, allora non c’è più la schizofrenia.

I risultati della medicalizzazione del disturbo sono stati disastrosi dal punto di vista degli effetti collaterali e solo sufficienti dal punto di vista dei risultati sui pazienti: gli antipsicotici, anche quelli meno invasivi di seconda e terza generazione,

⁸ Sui rapporti tra semeiotica e semiotica cfr. Marrone 2005 (ed.).

⁹ “Un Indice è un segno che si riferisce all’Oggetto che esso denota in virtù del fatto che è realmente determinato da quell’Oggetto”. (CP 2.248).

alleviano i sintomi psicotici positivi ma hanno scarsa efficacia su (e in alcuni casi peggiorano) i *sintomi negativi* che sono il fulcro del disagio esistenziale dei pazienti (Frith e Johnstone 2003). Ad oggi, i farmaci sono considerabili un palliativo che permette ai malati di poter ridurre i sintomi e inserirsi meglio nel mondo sociale; allo stesso tempo, e non bisogna ignorarlo, i farmaci sono il metodo attraverso cui il mondo sociale ha potuto ridurre l'eversione della figura dello schizofrenico e accettarla come meno problematica.

Se la riduzione del disturbo ai suoi sintomi ha portato al massiccio uso dei farmaci, l'uso dei farmaci ci ha mostrato l'inefficacia della riduzione della schizofrenia ai suoi sintomi.

L'ideologia sottesa al DSM-5, cioè quella di automatizzare la diagnosi, non tiene conto della *semioticità* dell'intero processo di riconoscimento e ascrizione dei sintomi, in cui il ruolo della scommessa ipotetica dello psichiatra è assolutamente fondamentale (Kuperman e Zislin 2005). Non si può ignorare quindi che ogni determinazione diagnostica è sempre dipendente da un sistema culturale di riferimento, dall'educazione dello psichiatra, dalle modalità di rappresentazione della follia e dei concetti di salute e malattia (Canguilhem 1966).

In alcuni casi è difficile trovare una correlazione oggettiva tra il sintomo e il disturbo ed è la pratica psichiatrica a rendere pertinente e interpretare una rete di comportamenti come spie di un disagio mentale dell'individuo sofferente (Festi 2005). Sono dunque gli stessi discorsi e le pratiche sulla schizofrenia che producono una diagnosi di schizofrenia, sono le modalità attraverso cui le teorie psichiatriche impostano lo studio e la definizione del concetto che portano a una determinata rete di segni eletti a sintomi.

Una volta mostrata la fragilità semiotica del sintomo psichiatrico, essa non può che riverberarsi sulla categoria che rende il segno un sintomo e che il sintomo stesso si trova a circoscrivere: il disturbo stesso. Se il sintomo è convenzionalmente legato al disturbo e il disturbo convenzionalmente legato al sintomo, il disturbo diventa un'entità arbitraria e convenzionale? Il concetto di schizofrenia diventa dunque un puro artefatto della

psichiatria? È un feticcio che serve ad alimentare la produzione di antipsicotici? È una finzione che serve per raccogliere sintomi altrimenti inspiegabili?

1.3.2. *Psichiatria, fatti e fattici*

Mostrare la natura costruita del concetto psichiatrico di schizofrenia non implica certo una dichiarazione di inutilità del concetto stesso: non è nostra intenzione opporci all'uso della categoria né tantomeno sconsigliare l'utilizzo dei manuali diagnostici. Questo non è compito di un ragionamento semiotico, che finirebbe in tal caso nel mostrare una ideologia uguale e contraria a quella contenuta nel DSM¹⁰. Nella nostra proposta, il ragionamento semiotico si configura come una necessità propeutica: una modalità per chiarire meglio la definizione del disturbo, più che una modalità per decretarne l'inutilità. Non possiamo allora parlare integralmente di un artefatto, di un feticcio, perché questa impostazione sarebbe a sua volta ideologica e costituirebbe una facile via di fuga dal misurarsi realmente con il problema screditandone le fondamenta. Non dobbiamo dimenticare che, per un'epistemologia semiotica, anche le malattie organiche sono un costrutto medico, ma è quanto meno sconsigliabile decidere di non curarsi per questo. L'obiettivo è quello di inquadrare meglio il concetto di schizofrenia mostrando le sue implicazioni e presupposizioni semiotiche, capire che statuto esso può avere all'interno di una disciplina della significazione e come questo statuto possa riverberarsi su una maggiore comprensione del suo utilizzo. Come scrive Paolo Fabbri:

Dire che il reale è una costruzione semiotica non significa dire che è artificioso, meccanico, tendenzialmente impostore, fatto di simulacri segnici

¹⁰ Di questo parleremo più approfonditamente in § 2.2.3 con una critica all'antipsichiatria.

che non rinviando a nulla. Nient'affatto. Vuol dire semmai che la significazione si produce nell'interazione fra sostanze e forme, ossia fra cose, corpi, materie, tecnologie, discorsi, affetti e quant'altro. La significazione è realissima, non foss'altro perché è efficace. [...] La semiotica costruisce sistemi di valori, o per meglio dire ricostruisce le forme di costruzione dei sistemi culturali di valore, mostrando come essi possono essere costruiti ma anche distrutti, perennemente trasformati, anche sulla base di conflitti. Non esiste il valore, ma conflitti di valore [...]. E se ci sono conflitti, ci sono comparazioni, valutazioni giudizi continui. (Fabbri 2012, 36-37)

Si tratta dunque di mostrare i processi che stanno dietro il concetto di schizofrenia, le modalità attraverso cui i diversi conflitti, volti a determinarne il valore, offrono rappresentazioni che muovono ricerche, conoscenze, finanziamenti. Il concetto di schizofrenia, proprio perché non ancora assestato, è interessantissimo per una semiotica che si occupa dei processi traduttivi che permettono una stabilizzazione del senso. Quello che una semiotica può fare è fornire uno sfondo teorico su cui insediare il ragionamento medico e le strategie messe in atto per migliorare la salute dei soggetti coinvolti.

Dunque, se uno sguardo al DSM-5 e al modello sintomatologico della schizofrenia ci permette di dire che essa è lungi dall'essere un fatto, e se allo stesso tempo non ha senso attribuirle il carattere di feticcio, come possiamo pensare alla schizofrenia? Dove il ragionamento semiotico ci conduce?

In nostro aiuto viene il lavoro di Bruno Latour che, nel tentativo di rendere intellegibile come ogni prodotto scientifico emerga da un'articolata rete di strategie, tecniche, politiche di intreccio di attori umani e non umani, ricorre alla definizione di *fatticcio*:

La parola 'feticcio' e la parola 'fatto' hanno la stessa etimologia ambigua – ambigua per i portoghesi come per i filosofi delle scienze. Ma ognuna delle due parole insiste sulla sfumatura contraria dell'altra. La parola 'fatto' sembra rinviare alla realtà esterna, la parola 'feticcio' alle folli credenze del soggetto. Entrambi dissimulano, nella profondità della loro radice latina, il lavoro intenso di costruzione che permette la verità dei fatti come quella degli spiriti. [...] Unendo le due fonti etimologiche,

noi chiamiamo *fatticcio* la robusta certezza che permette alla pratica di passare all'azione senza mai credere alla differenza tra costruzione e raccoglimento, immanenza e trascendenza (Latour 1996, 66)

Il fatticcio per Latour è dunque una fusione, un'unione tra un oggetto-fatto frutto della scienza e un oggetto-fatato frutto della credenza che caratterizza la condizione di tutti i prodotti scientifici. È un costrutto che trascende il suo creatore determinandolo nelle sue azioni, è un prodotto-produttore che ha la forma di fatto o di feticcio a seconda della posizione che si adotta nel guardarlo. L'idea che i concetti psichiatrici siano dei *fatticci* può dunque aiutarci ad abbandonare lo spirito referenziale di cui i DSM sono inconsapevoli messaggeri, e può aiutarci ad accettare la dimensione costruita del concetto di schizofrenia senza rinunciare del tutto ai suoi effetti operativi. Allo stesso tempo bisognerà però riconoscere che se utilizziamo Latour e accettiamo la sua definizione, tutti i prodotti della scienza divengono dei fatticci, e il concetto finirebbe per non dire poi molto del caso specifico della schizofrenia. Dovremo dunque lavorare su questa definizione e non usarla nel pieno senso latouriano, ma renderla più specifica e riferirci a essa in modo che possa indicare una categoria di fenomeni particolari.

In campo scientifico, ma non solo, possiamo infatti rintracciare una serie di "fatticci" che presentano delle caratteristiche peculiari: il loro aspetto di *fatto* non può essere completamente assunto neanche dal dominio epistemologico che dovrebbe costituirli come tali. Conservano cioè uno statuto fantasmatico anche nel dominio che dovrebbe accettarli come *fatti*. Si tratta di fatticci divisivi che diventano campo di conflitti intra-disciplinari. La schizofrenia è uno di questi fatticci particolari: il concetto manifesta maggiormente il suo carattere di costrutto perché si trova al centro di contese che non possono al momento essere risolte solo con strumenti teorici. Qui allora proponiamo di identificare come fatticci solo questi elementi particolari, quelli che non possono essere assunti come fatti all'interno del dominio disciplinare che li istituisce come tali. In altre parole, desideriamo declinare il termine *fatticcio* non come un concetto

generale che può essere riferito a tutti i prodotti della conoscenza scientifica, ma come un concetto specifico applicabile solo a quei fenomeni che mostrano la propria duplicità di *fatto* e di *feticcio* all'interno dello stesso dominio in cui sono prodotti e assunti come categorie epistemologiche valide. Il termine 'fatticcio' viene così a indicare quei concetti dal carattere instabile, la cui definizione non può che trovarsi all'interno dei conflitti che ne animano l'*instabilità* in una continua contrattazione.

1.3.3. *Che cosa chiamiamo schizofrenia?*

Non ha più senso allora chiedersi cosa sia la schizofrenia, perché una risposta a questa domanda assumerebbe come un *fatto* ciò che la semiotica ci porta a definire come un *fatticcio*. Assumere la schizofrenia come fatto significherebbe sposare a priori una sua oggettivazione teorica che non sarebbe accettata neanche all'interno dell'episteme psichiatrica che la circonda e definisce. Solo nelle convergenze e nelle divergenze delle diverse definizioni, nelle loro traduzioni locali e nei conflitti che esse attivano, possiamo cercare oggi un appiglio: è nel dominio del semiotico e non dell'ontologico che va inserito il problema. La domanda non è più l'ambiziosa "cosa è la schizofrenia?" ma la più umile "cosa chiamiamo schizofrenia" (Rossi Monti e Stanghellini 1999, XVIII).

Per noi il termine *schizofrenia* è un artefatto semiotico, un fatticcio della psichiatria che orienta la ricerca in una certa direzione funzionale a una spiegazione e a un intervento terapeutico su una rete di manifestazioni esperienziali che vengono raccolte e unificate *convenzionalmente* sotto questa etichetta (tanto che le maglie di questa rete si gerarchizzano, si dilatano e si restringono a seconda dell'approccio utilizzato per mapparle). Da questo costrutto teorico si originano pratiche, costumi, ruoli sociali, finanziamenti, riviste¹¹, gruppi di ricerca, lotte accademiche, tesi di dottorato, tutte creano una galassia che ruota

¹¹ Non si può non citare quella che forse è la rivista più famosa in cui sono raccolti i più importanti studi sulla schizofrenia, lo *Schizophrenia Bulletin* fondato nel 1969.

attorno a questo buco nero. La schizofrenia allora non è una malattia, né un disturbo; è un'ipotesi di malattia, un'ipotesi di disturbo, nata dall'unificazione di manifestazioni sintomatiche, prima di Kraepelin considerate autonome.

L'ipotesi "schizofrenia", seppur sottoposta ad assalti, una volta creata non ha potuto sottrarre nessuno al tentativo di esaminarne i caratteri, di definirne gli elementi unificanti e i criteri diagnostici. Al momento è possibile isolare alcuni fenomeni di base (che poi sono stati assunti come sintomi da alcuni approcci) a cui è associata: si tratta di caratteri piuttosto stabili che dopo lunghe contrattazioni possono essere assunti come elementi fondamentali condivisi da chi crede nella utilità di un concetto unificato del disturbo. Questi fenomeni hanno gradienti di intensità, durata e modalità diversi, che formano un continuum su cui è possibile stabilire una sorta di spettro (APA 2013) o gruppo (Bleuler 1911). A seconda degli approcci psichiatrici utilizzati, si valorizzeranno in maniera diversa dei segmenti di questo continuum che rende possibile parlare ancora oggi di *schizofrenia*. Ad esempio, come abbiamo già accennato, i fenomeni di base del disturbo possono essere distinti in due macrocategorie: fenomeni *negativi* e fenomeni *positivi*. Vi sono approcci che valorizzano maggiormente i fenomeni positivi¹², altri che valorizzano maggiormente i fenomeni negativi¹³, e altri ancora che fanno della distinzione tra questi due fenomeni un motivo per distinguere tra tipi differenti di schizofrenia aventi una diversa eziopatologia¹⁴.

¹² È il caso del DSM-5, ma tutta la tradizione diagnostica predilige i segni positivi. Fu Kurt Schneider (1946) il primo a parlare di *sintomi di primo rango* per le allucinazioni uditive e i deliri bizzarri, con ciò intendendo che tali sintomi fossero più importanti a livello semiologico-diagnostico, e non patogenetico.

¹³ Bleuler (1911) fu il primo a ipotizzare che esistessero dei *sintomi fondamentali* (Autismo, disturbi della sfera affettiva, etc.) da cui potessero derivare *sintomi accessori* (allucinazioni e deliri). Bleuler ipotizza una forma di schizofrenia che manifesta solo *sintomi fondamentali* chiamata *schizofrenia simplex*.

¹⁴ Tim Crow (1985) introduce una distinzione tra *schizofrenia di tipo 1*, caratterizzata da prevalenza di sintomi positivi e sostenuta da un'eccessiva trasmissione dopaminergica, e una *schizofrenia di tipo 2*, caratterizzata dalla predominanza di sintomi negativi che avrebbe alla base un'anomalia strutturale cerebrale (ampliamento ventri-

Nel frattempo, però, le indagini portate avanti hanno permesso di scartare diverse ipotesi circa il disturbo e hanno permesso di acquisire delle conoscenze in gran parte condivise. Ad esempio, è stato finalmente compreso che la schizofrenia non è un disturbo cronico né progressivo (il trattamento può cioè portare a remissione o recupero) a differenza di quanto la sua formulazione iniziale da parte di Kraepelin prevedesse. Così come siamo abbastanza certi che essa non possa essere causata da un cattivo rapporto con i genitori, dalla società, dalla cultura, dall'abuso di droghe, sebbene in alcuni studi questi elementi possano essere considerati dei fattori di rischio indiretti (van Os e Kapur 2009).

Sappiamo inoltre che un ruolo fondamentale nel disturbo è giocato da componenti ereditarie (Gottesman 1991) e genetiche (Picchioni e Murray 2007; MacDonald e Schulz 2009) e che sono state rintracciate correlazioni tra il disturbo e una abnormalità del volume cerebrale nelle zone dell'ippocampo e della corteccia prefrontale (Frith e Johnstone 2003, 118-125).

Forse è ancora troppo presto per delle risposte, forse la direzione è completamente errata. Le alte poste in gioco di questa impresa, la mancanza di saldi appigli, la natura instabile dell'oggetto rendono, a parer nostro, questo enigma un fenomeno degno d'indagine, con cui la semiotica può e deve confrontarsi.

1.4. *La sfinge della psichiatria*

La mancata univocità del concetto di schizofrenia apre due ordini di problemi diversi ma complementari che conducono a un inquadramento del disturbo in un'ottica semiotica. Da una parte, infatti, troviamo la schizofrenia descritta come disagio psichico, o malattia psichiatrica, che pone un certo ordine di problemi epistemologici nel campo della psichiatria e della medicina con delle forti ricadute pratiche a un livello economico e sociale: la schizofrenia, dunque, come oggetto dello sguardo

colare evidenziabile alla TAC).

medico razionalizzante che punta a risolvere quello che viene considerato un problema pratico, una malattia come altre che esige una sua risolvibilità. D'altra parte, l'inconsistenza non solo delle spiegazioni scientifiche, ma delle categorie stesse che inquadrano la schizofrenia come disturbo medico (quale malattia infatti non ha un'eziologia? Come intervenire su un disturbo i cui fondamenti sono pressoché sconosciuti?), apre lo spazio per una messa in dubbio della psichiatria stessa come *episteme*, come discorso scientifico razionale. L'instabilità del segno *schizofrenia* scuote tanto l'episteme psichiatrica quanto il sistema culturale che la valorizza come produttrice di fatti riguardanti la follia. È una instabilità che si diffonde a onde concentriche su tutto l'universo semiotico che la origina.

Già Foucault in quella che ha chiamato l'«archeologia di un silenzio» (1961, 43), la sua *Storia della follia*, aveva mostrato come la psicologia e la psichiatria nascono da e operano su un'esclusione, un monologo della Ragione sulla Sragione, che trova la sua radice nel razionalismo cartesiano. Tale monologo si conclude con la costruzione del concetto di malattia mentale come forma oggettivata e normata della Follia. L'alterità rappresentata dalla Follia viene ridotta a stadio di follia alienata attraverso la descrizione clinica della «malattia mentale» (Foucault 1962). Se la psichiatria (e con essa le strutture del potere in cui è inserita), attraverso forme di esclusione, oggettivazione, controllo dei corpi e istituzionalizzazione, riduce la complessità della follia oggettivandola e trasformandola in «malattia mentale», quale ruolo possiamo ritagliare per la schizofrenia in questo quadro? L'inafferrabilità stessa del concetto di schizofrenia ne rivela il volto meduseo, e la follia cacciata dalla porta rientra dalla finestra e diventa l'elefante nella stanza della psichiatria. La schizofrenia non potendo essere riducibile a pura «malattia mentale» assume le sembianze della Follia stessa, e sposta all'interno del dibattito psichiatrico lo stesso conflitto che la ha originata: la malattia mentale assume così nuovamente il suo carattere di *alterità*.

Questa bistabilità, questo rimandarsi continuo tra alienità e alterità (Cargnello 1977), è esattamente ciò che costituisce la

schizofrenia come problema complesso dai confini disciplinari sfumati. Da qui i diversi epiteti che la descrivono come «follia per eccellenza» (Foucault 1966), «sfinge della psichiatria» (Borgna 2019), «inevitabile paradigma di ogni follia» (Borgna 1995), «oggetto sublime della psichiatria» (Woods 2011), «quintessenziale forma di follia del nostro tempo» e «forma prototipica di ogni follia» (Sass 1992). Per questa ragione la schizofrenia rappresenta da una parte la più grande incognita della psichiatria intesa come discorso della ragione sulla sragione, e dall'altra la sua più grande conquista, il punto da cui è possibile ripensare non solo il rapporto tra ragione e sragione, ma la consistenza stessa di tale polarizzazione (Basaglia 1979). Per questo, citando Di Petta, si può facilmente affermare che «schizofrenia e psichiatria sono legate a doppia corda: se cade una cade l'altra. [...] La schizofrenia rappresenta il più grande contributo della psichiatria alla storia»¹⁵.

1.4.1 *Abbandonare la schizofrenia?*

Il concetto stesso di schizofrenia è dunque campo di conflitto: esso irrimediabilmente porta con sé l'intera storia dei suoi tentativi di determinazione. È questa sua natura dinamica che rende il concetto inafferrabile nella sua essenza e pertanto per molti studiosi *ineffabile*. Diverse sono infatti le riflessioni che propongono l'abbandono di una nozione definita inutile e dannosa perché culturalmente troppo gravida di significazioni ma clinicamente quasi-vuota (Bannister 1968, 181).

Paradigmatico di questa natura scientificamente *debole* ma socialmente *forte* della schizofrenia è un famoso studio di Rosenhan (1973) sugli effetti delle etichette psichiatriche. Rosenhan inviò in 12 diversi ospedali americani 8 pseudo-pazienti

(persone senza alcun disturbo mentale) che dichiararono di avere allucinazioni uditive. Il risultato fu che a un solo pseudo-paziente non fu diagnosticata una schizofrenia in remissione e che ogni comportamento, ogni parola e ogni emozione degli altri 7 pseudo-pazienti fossero considerate come manifestazioni del disturbo. Le storie degli pseudo-pazienti venivano tutte lette attraverso le lenti della loro diagnosi e persino la remissione non è stata facilmente ottenibile. L'esperimento di Rosenhan mostra come negli anni '70 la differenza tra malattia e sanità, tra follia e ragione, fosse molto sfumata e spesso prodotta dalle stesse istituzioni delegate a riconoscere questa distinzione. Non a caso lo studio è stato spesso usato come caso esemplare dai sostenitori dell'idea che la schizofrenia sia un concetto diagnostico più legato alla costruzione sociale dei disturbi mentali che alla consistenza ed esistenza del quadro clinico.

Le difficoltà diagnostiche, le manifestazioni patologiche troppo diverse e l'istituzionalizzazione hanno portato studiosi come Richard Bentall (2003) e Mary Boyle (1990) a proporre un abbandono definitivo del concetto, che non rispetta secondo loro i requisiti di *affidabilità* (cioè il grado di accordo con cui si può decretare chi è schizofrenico e chi non lo è) e di *validità* (cioè il grado in cui il concetto corrisponde a una condizione empirica, con cause, esiti e risposte al trattamento comuni). Dunque, per molti autori il concetto di schizofrenia non è altro che un atto di fede, un *mito* della psichiatria da smantellare¹⁶, mentre i sintomi della malattia vanno trattati come elementi separati e non unificati sotto un'unica etichetta psichiatrica da riportare sotto diverse funzioni cognitive malfunzionanti.

Tra i vantaggi annoverati nell'abbandono del concetto di schizofrenia ci sarebbe la perdita dello *stigma* che la malattia porta con sé (Thornicroft 2006). Secondo alcuni studi, il concetto controverso di schizofrenia modifica la percezione sociale

¹⁵ Di Petta (2016), *Schizofrenia e farmaci: la cura dell'utopia?*, Relazione presentata durante i lavori delle VII Giornate psichiatriche cerignalesi "Psicofarmacologia clinica delle psicosi: cosa curiamo e perché". https://www.youtube.com/watch?v=M-7lFkBhFPuQ&ab_channel=PSYCHIATRYONLINEITALIAVIDEOCHANNEL

¹⁶ Queste idee hanno generato campagne per lo smantellamento del concetto come la "Campaign for the Abolition of Schizophrenia Label by Paul Hammersley and Terence McLaughlin" (<https://asylummagazine.org/2017/09/campaign-for-the-abolition-of-schizophrenia-label-by-paul-hammersley-and-terence-mclaughlin/>).

degli individui, ne riduce l'accettabilità sociale e li espone a una serie di *stereotipi negativi* che hanno delle ricadute a livello pratico (come, ad esempio, una priorità più bassa per i servizi di salute mentale, difficoltà nel trovare occupazione e case, l'isolamento sociale, difficoltà nella cura di malattie fisiche, cfr. Kadri e Sartorius 2005). Per queste ragioni spesso gli schizofrenici e le loro famiglie arrivano a rifiutare o a nascondere le diagnosi, con gravi e ulteriori ricadute sulla loro salute psicologica: si associa al disturbo una condizione esistenziale dominata da senso di colpa, vergogna e isolamento. In questo senso, lo *stigma* contribuisce spesso a un sabotaggio delle terapie, a una colpevolizzazione morale del paziente da parte delle famiglie (ad es. i sintomi negativi possono essere interpretati come una forma di pigrizia), a una percezione di inadeguatezza personale che può portare a barbonismo, disoccupazione e suicidio.

Il termine per molti va dunque sacrificato in favore di altre definizioni presuntamente meno problematiche. Ad esempio, il Giappone è stata la prima nazione ad abbandonare ufficialmente il termine *Seishin-Bunretsu-Byo* (Disturbo della mente scissa) in favore di *Togo-Shitcho-Sho* (Sindrome dell'integrazione-disintegrazione) e in un primo momento questa soluzione ha funzionato. I risultati sono stati vantaggiosi per la comunicazione del disturbo a pazienti e famiglie, la diminuzione dello stigma associato e il rapporto medico paziente. Queste informazioni sembrerebbero favorire una sostituzione dell'etichetta psichiatrica con un'altra meno carica di significati negativi e più manovrabile da un punto di vista clinico diagnostico. Ma è davvero questa la strada giusta? La semiotica cosa può dire a riguardo?

Lo psichiatra Eugenio Borgna, in un bel passo del libro *Come se finisce il mondo*, afferma: «non è possibile certo tranciare il nodo gordiano del discorso cancellando e sostituendo la denominazione di schizofrenia (preferiamo, infatti, nascondere l'immagine scheggiata della follia)» (Borgna 1995, 38-39). Questo passo è, a nostro parere, profondamente semiotico: per Borgna la parola schizofrenia non possiede in sé alcuno stigma, il problema non si pone a livello del *lessema*, ma del *nodo gor-*

diano di significati che vi si deposita. Il problema non è dunque di *denominazione*, ma di *significato* e di *valori* determinati dal grande sistema semiotico della cultura. Cambiare il nome della *schizofrenia* significa semplicemente sdoppiarne i significati e dividere la dimensione dell'oggettività scientifica (*alienazione della follia*) dall'intera operazione culturale che la costituisce e che la anima dall'interno (*alterità della follia*), dove la prima punta a oscurare la seconda.

L'opposizione tra il termine schizofrenia e i suoi sostituti si manifesta come una *opposizione esclusiva* per i proponenti della sostituzione (dove il termine nuovo è affidabile, valido, privo di connotazioni e il termine schizofrenia è non affidabile, non valido e con connotazione negativa). Tuttavia, non si prende in considerazione che la validità di questa opposizione si regge su una *differenza relazionale* tra i due termini che li co-determina e non una *differenza sostanziale*. Il punto è che questa operazione può portare effetti positivi in psichiatria solamente sin quando la definizione del disturbo rimane duplice: è possibile una *Togo-Shitcho-Sho* clinicamente utile solo fino a quando esiste e resiste una *Seishin-Bunretsu-Byo* da cui differenziarla. Non è un problema di significante ma di significati, che prima di essere *opposti esclusivamente* (A vs nonA) hanno un nucleo comune in cui sono compresenti: il tipo di opposizione semantica è cioè *partecipativa* (A vs A+nonA) (cfr. Paolucci 2010; Paolucci 2016a). Il termine nuovo punta allora a divenire un termine *estensivo* che sostituisce il vecchio termine *schizofrenia*, il quale assumerà invece un carattere *intensivo* (cioè un termine che specifica l'estensivo selezionandone dei caratteri cfr. Hjelmslev 1985, 39-40) in questo caso connesso ai caratteri stigmatizzanti. Se si considera questo aspetto, allora si comprenderà che il nuovo termine può produrre effettivamente dei vantaggi solo sullo sfondo e la permanenza del precedente. Nel momento in cui il termine *intensivo* cadrà in disuso, i suoi caratteri selezionati torneranno a far parte del termine *estensivo* da cui si separa in modo partecipativo (cfr. Lobaccaro 2023a). Non è un caso, infatti, che in Giappone a 13 anni dall'utilizzo ufficiale del nuovo termine l'ombra dello stigma e dell'ambiguità del concetto

ormai in dismissione di schizofrenia (*Seishin-Bunretsu-Byo*) sembrerebbe invadere anche il nuovo *Togo-Shitcho-Sho* (Koike *et al.* 2016).

Con questa riflessione non si vuole certo sostenere che il termine *schizofrenia* sia privo di criticità, né che vada accettato così come è, ma che se una soluzione va cercata essa deve tenere conto di quali siano i reali determinanti dei significati negativi o scomodi che caratterizzano il concetto e deve considerare anche gli aspetti positivi di un concetto unificato che, come fa notare Borgna (1995), è utile a rendere omogenee e coordinare le ricerche a livello mondiale e consente confrontabilità dei risultati.

Da semiotici riteniamo che la determinazione semantica e i valori del termine schizofrenia siano contenuti nelle strutture storiche e culturali che hanno contribuito a creare il concetto, il cui significato si costituisce come un'«entità eteronoma di dipendenze interne ed esterne» (Paolucci 2016b, 4). In questo senso, il *valore* del termine schizofrenia è un risultato di un campo di dipendenze interno alla psichiatria (il disturbo si costituisce per differenza con gli altri disturbi) e campi esterni (l'esperienza vissuta, il contesto culturale, il momento storico, le rappresentazioni mediatiche, etc.).

Il concetto di *schizofrenia* va dunque individuato in questo spazio aperto e conflittuale che non si gioca tutto in un dibattito interno ai domini più avanzati del sapere e della ricerca quali la psichiatria, la medicina, la filosofia, ma che coinvolge un intero universo culturale strutturalmente connesso a tali domini. L'intera cultura intesa come «sistema di credenze comuni e irriflesse che in qualche modo trovano una *circolazione sociale* e dunque una manifestazione» (Lorusso 2010, 17) è coinvolta in questa partita, dove il singolo elemento schizofrenia si ritrova riflesso, tradotto e manipolato dalle diverse unità culturali¹⁷ che connet-

¹⁷ «Le unità culturali sono astrazioni metodologiche ma sono astrazioni materializzate dal fatto che la cultura continuamente traduce segni in altri segni, definizioni in altre definizioni, parole in icone, icone in segni ostensivi, segni ostensivi in nuove definizioni, nuove definizioni in funzioni proposizionali, funzioni proposizionali in enunciati esemplificativi e così via; essa ci propone una catena ininterrotta di unità culturali che compongono altre unità culturali» (Eco 1975, 105).

tendosi creano uno spazio e l'esigenza di una sua definizione. Come ci fa notare Garrabé, la nostra intera cultura ha depositato il sacro e il terribile della follia nello spazio vuoto lasciato dalla mancanza di spiegazioni scientifiche definitive del disturbo schizofrenico, ed è da questa valorizzazione che bisogna partire per comprendere il significato culturale del disturbo.

Ogni cultura sceglie le malattie in cui la sofferenza fisica o psichica le appare particolarmente terribile, in modo da farne le rappresentazioni simboliche delle paure fondamentali dell'essere umano, paure di morire e paura di perdere la ragione. Il nome stesso di queste malattie finisce per diventare il tramite metaforico per significare l'innominabile, la morte e la follia. Perciò, a ciascuna epoca corrisponde nel campo della psicopatologia una malattia mentale considerata come talmente priva di senso, incomprensibile, e questa diventa il modello paradigmatico della follia assoluta, di quello stato nel quale non sarebbe più possibile attingere alcuna traccia di ragione nella vita psichica [...]. Il XX secolo è, dal punto di vista della storia culturale della follia, il secolo della schizofrenia. (Garrabé 1992, 34)

Allo stesso tempo, non bisogna ignorare che proprio la mancanza di spiegazioni fa del disturbo la struttura portante dell'impresa conoscitiva psichiatrica e rende lo spazio semantico occupato dal concetto insostituibile e ineliminabile. Modificare la parola non modificherà il problema semiotico che la schizofrenia pone, se non nascondendolo ipocritamente.

1.4.2. Una prima riflessione su cultura e schizofrenia: gli stereotipi

Per uno sguardo semiotico, dunque, la ricchezza del concetto dipende proprio dalla rete di significazioni e di esperienze che lo costituiscono differenzialmente. La nostra cultura, nel suo sistema di gerarchizzazioni e di organizzazioni locali che ruotano attorno al concetto di *razionalità*, apre uno spazio necessario per la follia, che la schizofrenia si è trovata a occupare per la gravità dei sintomi che presenta e per la difficoltà di trovare spiegazioni

plausibili alla sua insorgenza. L'esistenza semiotica della schizofrenia riposa anche su questo sostrato culturale più ampio che l'ha eletta come forma paradigmatica della follia (Barrett 1996). L'idea secondo cui lo stigma, i miti e le incertezze siano un ostacolo per la ricerca scientifica, la diagnosi, il trattamento e la comunicazione del disturbo deve fare i conti col fatto che essi sono il risultato dell'impossibilità del dominio psichiatrico di risolvere il problema della schizofrenia definitivamente. È per questa ragione che modificando il nome del concetto psichiatrico è difficile liberarsi di questo portato "culturale". L'Alterità assoluta della Follia che la schizofrenia porta con sé stimola innanzitutto una risposta semiotica, la ferita che si apre nella cultura razionalizzante occidentale conduce a delle forme di cicatrizzazione che derivano da altre porzioni enciclopediche.

Una delle prime reazioni a questo *alone di mistero* che circonda la malattia è proprio, come scrive Green in *Schizophrenia Revealed*, la creazione dei miti:

La schizofrenia è circondata da un alone di mistero – caratteristica che può rivelarsi una bellissima qualità per un romanzo o un'opera letteraria ma non per una malattia. Quando una malattia è vista come inspiegabile ed impenetrabile, la gente tende a reagire in due modi estremi: o la *stigmatizza* o la fa diventare *romantica*. (Green 2001, 1, trad. it. in Cardella 2013, 15)

In sintesi, l'impossibilità di ridurre ad alienazione la schizofrenia richiama un tentativo di soluzione che non può aspettare i tempi lunghi della scienza. I domini culturali non specialistici e il senso comune arginano la carica eversiva della schizofrenia spesso attraverso forme di normalizzazione o distorsione che si ripercuotono sulle esistenze dei soggetti schizofrenici generando uno stigma. Per ogni cultura il primo passo di fronte all'inspiegabile è l'elaborazione mitica: man mano che ci si allontana dalle vette del sapere specialistico, ecco che i testi della nostra cultura cercano di inquadrare la schizofrenia deformandola attraverso operazioni semiotiche che tentano ora di normalizzarla, ora di renderla mostruosa (nel senso etimologico latino del termine, dove *monstrum* indica sia lo spaventoso che il meraviglioso).

Ma, come mostreremo, questa non è certo l'unica modalità attraverso cui la cultura supplisce all'instabilità del concetto psichiatrico. Vi sono infatti altre modalità di rappresentazione della schizofrenia che entrano in conflitto con quelle ritenute stigmatizzanti. Allora, la battaglia da giocare contro il pregiudizio e lo stereotipo che circondano il disturbo è innanzitutto una forma di *guerriglia semiologica* (Eco 1973), in cui è necessario intervenire sulle rappresentazioni culturali stesse e sulla loro *ricezione*, sugli operatori della cultura che producono queste rappresentazioni (giornalisti, registi, scrittori, etc.), sulle famiglie, sugli psichiatri e tutte le istituzioni intermedie¹⁸.

Il segno *schizofrenia* esiste nella nostra cultura anche al di fuori del gergo psichiatrico, e questa esistenza esterna ha delle forti ricadute tanto sulla ricerca specialistica, quanto sulle pratiche di cura e le vite pazienti. È importante, allora, analizzare e dare conto di questo aspetto culturale della schizofrenia e integrarlo nella definizione del suo statuto segnico in un'ottica enciclopedica (Eco 1984). Attuando una *perizia sui segni* di determinate porzioni enciclopediche è infatti possibile ritrovare tracce di questa costruzione e verificare alcuni mascheramenti ideologici. Le rappresentazioni massmediatiche del disturbo sono ad esempio particolarmente utili per mostrare le contraddizioni, le contaminazioni, le stratificazioni e le distorsioni da cui dipende il suo complesso statuto segnico, il suo *statuto mitologico* e lo *stigma* a esso associato (Dinan 1999).

In questa prospettiva vanno collocati i numerosi studi sulle testate giornalistiche e sul gergo politico-economico (Magliano, Read e Marassi 2011; Gwarjanski e Parrott, 2018), i quali mostrano come l'uso sia proprio sia figurato del termine (ad esempio 'mercato schizofrenico' o 'politica schizofrenica) contribuisca allo stigma riproducendo una identificazione tra follia e schizofrenia che appare già preconfezionata e stratificata in interpreta-

¹⁸ È esattamente questa l'idea della battaglia contro lo stigma e la discriminazione condotta dalla World Psychiatric Association, che nel 1999 ha iniziato una campagna chiamata *Open the Doors*, con risultati importantissimi (http://www.openthedoors.com/english/01_01.html).

zioni culturali precedenti. È un intero immaginario quello che agisce dietro la rappresentazione massmediatica della schizofrenia, che continuamente si autoalimenta e si rafforza producendo *interpretazioni* che vengono *tradotte* da un *media* all'altro.

Tale gioco di traduzioni tra domini è molto forte anche nella produzione cinematografica. Anche grazie all'aumento costante di film sulle malattie mentali nel corso degli ultimi cinquant'anni, in molti hanno identificato proprio nel sistema cinematografico alcune delle modalità attraverso cui sono stati diffusi e rinforzati *falsi stereotipi* sulla schizofrenia (Wedding e Niemiec 2014; Flexer 2016; Owen 2012; DeMare 2016; Hylér *et al.* 1991). Il cinema, raccogliendo una serie di *topoi* sulla follia circolanti nella cultura occidentale sin dall'antichità classica (Dodds 1951; Guidorizzi 2010) ha favorito l'identificazione della figura dello schizofrenico con tre attori fondamentali: il *saggio sciocco*, il *cattivo pericoloso* e la *mente geniale*¹⁹, come mostrano tra i tanti esempi possibili film come *La leggenda del re pescatore* (1991), *The visit* (2015) e *A beautiful mind* (2001). Deve essere chiaro che l'operazione del cinema in questo quadro è duplice: da una parte, infatti, il dominio culturale elabora le proprie rappresentazioni a partire dal materiale a disposizione nella propria cultura, sfrutta cioè un'immagine classica e altamente stereotipica già circolante, rispondendo a una necessità culturale di dare forma a qualcosa di indistinto che proviene da altri domini enciclopedici, come in questo caso la psichiatria; dall'altra, il cinema spesso sfrutta l'alone di mistero che circonda la schizofrenia per potenziare gli effetti di senso dei suoi prodotti anche attraverso delle forzature, riproducendo in scala e moltiplicando la confusione sul disturbo presso il grande pubblico. In questo modo esso rinsalda, infatti, l'idea della schizofrenia come estremo della follia, come punto di fuga della razionalità dell'umano dove i normali equilibri dell'individuo e dei suoi rapporti con il mondo si capovolgono. Da qui la rappresentazione bestiale del disturbo attraverso il concetto di violenza cieca e gratuita o quella superumana e semidivina carat-

¹⁹ Una tale tipologia è stata proposta da Susanne Rohr (2015).

terizzati da un accesso privilegiato al reale, da una potenza creativa inarrivabile e dalla comprensione del senso vero della vita. In questo modo, il cinema può divenire uno di quegli attori collettivi che contribuisce a instillare in un pubblico principalmente costituito da individui non specializzati credenze e immagini che alimentano stigma e alienazione, portando al rifiuto della diagnosi da parte dei pazienti e ostacolando la ricerca degli studiosi.

Nel caso della schizofrenia, quindi, questa relazione di costante rinvio tra domini culturali disegna al momento un quadro problematico in cui il dominio della psichiatria è paralizzato da una mancanza di spiegazioni interne e da un proliferare di interpretazioni esterne. I casi dell'uso giornalistico, politico e cinematografico sembrerebbero quindi confermare in qualche modo le opinioni di coloro che vedono nella malattia nient'altro che un contenitore culturalmente troppo pieno e clinicamente vuoto. Tuttavia, questo funzionamento è solo una componente *viziosa* di un commercio semiotico di natura ben più vasta e dagli effetti assai più imprevedibili, caratterizzato anche da forme di positivo scambio tra i diversi domini culturali.

1.5. *L'indispensabilità della cultura*: il soccorso semiotico

In realtà il legame tra rappresentazioni culturali della follia e il suo aspetto clinico-terapeutico è molto più radicato e i fenomeni cui abbiamo accennato non sono che una modalità di espressione di questo rapporto. L'idea che i domini della cultura diversi dalla psichiatria intervengano sul concetto di schizofrenia solo tramite forme di deformazione e creazione di una mitologia è, insomma, troppo semplificatoria e frutto o di una selezione ideologica dei contenuti analizzati o di analisi puramente quantitative del materiale circolante nei diversi sistemi culturali. I sostenitori di questa tesi non si accorgono dell'immenso potere che la cultura (di cui la psichiatria, gioverà ricordarlo, è una parte) ha sempre avuto nella costruzione e nello studio della schizofrenia e del grande contributo che ottimi prodotti culturali possono apportare. Non è solo tramite *deformazione* e *mitizzazione* che è possibile rielat-

borare l'instabilità del segno *schizofrenia*: molte volte i domini extra-psichiatrici possono fornire delle forme di *soccorso semiotico* alla psichiatria, colmare alcune *lacune di senso* e facilitare la *comprensione* dei vissuti psicopatologici.

1.5.1. Cinema per psichiatri

Un buon esempio in questo senso ci è offerto proprio dalla produzione cinematografica dove, accanto ai film che propongono una immagine irregolare e distorta del disturbo, si trova una produzione culturale di livello alto, riconosciuta dai professionisti di settore come altamente formativa e per questo utilizzata anche nella formazione dei clinici alle prime armi (Rosenstock 2003).

Film come *Spider* (2002) e *Take Shelter* (2011) possono rappresentare ad esempio casi di analisi utilissimi per le dimensioni del delirio e dei disturbi delle persone schizofreniche, rappresentate con un forte realismo, permettendo inoltre uno sguardo sulla psicologia dei personaggi. In altri come *Il solista* (2009) è perfettamente rappresentato il *disturbo del pensiero e del linguaggio* del protagonista e viene messa in forte evidenza la potenza ristrutturante dell'amicizia e della sospensione del pregiudizio.

Il cinema può dunque fornire una rappresentazione efficace del disturbo, ma anche sensibilizzare il pubblico sulla dimensione stigmatizzante che lo circonda. In questo senso alcuni film entrano in relazione dialettica con gli stereotipi che altri film realizzano, mettendo in scena i pregiudizi che accompagnano la schizofrenia ora per promuovere una sensibilizzazione critica rispetto al tema dello stigma. Si tratta spesso di film intensi, senza lieto fine, in cui emerge il dolore e l'ineluttabilità di una condizione che vede chi è affetto dal disturbo barcamenarsi nel tentativo di vivere una vita come tante.

Ad esempio, il regista Lodge Kerrigan con un film come *Keane* (2002) decide di capovolgere il cliché dello schizofrenico come *mente geniale* e investigatore: il protagonista William Keane, alla ricerca della figlia scomparsa, non riuscirà mai a ri-

trovarla. Invece con *Clean, Shaven* (1994) forse il film sul tema più apprezzato in assoluto dagli psichiatri, il regista capovolge il cliché dello schizofrenico come *cattivo pericoloso*. La trama vede lo schizofrenico Peter Winter alla ricerca di sua figlia quando, con assoluta assenza di prove, viene ricercato dal detective Jack McNally per l'omicidio di un'altra bambina. Nel momento esatto in cui il protagonista riesce a ricongiungersi con sua figlia, McNally lo raggiunge e gli spara, convinto di aver visto il cadavere di bambina al posto della figlia di Peter. Il film è costruito in maniera tale che lo spettatore non abbia nessun indizio per poter pensare al coinvolgimento di Peter nell'omicidio per cui è indagato, eppure l'effetto disarmante è che fino alla fine si è portati a pensare che egli sia colpevole. Kerrigan dichiarò in merito:

I set it up that Peter, who suffers from schizophrenia, could be the killer, leading the audience down that path, but I withhold proof. There's no conclusive evidence that he is and if people feel that he's guilty, I hope that the picture holds them responsible for drawing that conclusion. I hope that it forces the audience to challenge themselves as to why they believe that this man is responsible. If it's not proof, right, what else could it be that he's crazy? (*Lodge Kerrigan on Keane and sympathy*, By Walter Chow, 27/11/2005²⁰)

Il vero colpevole alla fine del film è lo spettatore, reo di aver proiettato l'immagine di un assassino su un padre con problemi mentali presumibilmente innocente.

Le rappresentazioni cinematografiche, insomma, non sono solamente dei motori che alimentano la dimensione di incertezza della schizofrenia, ma possono presentare un doppio effetto positivo, uno *diretto*, utile ai professionisti della psichiatria e alla loro formazione, l'altro *indiretto*, creando empatia nello spettatore e dissipando alcuni *miti* attraverso una rappresentazione critica degli stessi.

²⁰ <https://web.archive.org/web/20061211184338/http://www.filmfreakcentral.net/notes/lkerriganinterview.htm>

1.5.2. *La letteratura come strumento di indagine*

La connessione più evidente tra domini clinici e non clinici è rintracciabile nella produzione letteraria e nelle modalità in cui essa si è intrecciata alla storia della follia. La relazione tra letteratura e follia è un tema sconfinato (Paduano 2018) il cui richiamo ci permette di mettere in evidenza come ci sia sempre stata una fruizione reciproca tra il dominio psicologico e quello letterario. La schizofrenia in questa storia di intrecci non fa eccezione, anzi si configura come un centro nevralgico di scambio tra la dimensione letteraria e la dimensione clinica, dove gli apporti sono spesso stati brillanti.

In questa interazione si può isolare un primo movimento che va dalla psichiatria alla letteratura. Vi sono infatti lavori letterari esemplari e di gran successo che derivano da una profonda conoscenza della letteratura scientifica e dall'esperienza faccia a faccia con i pazienti. Tra questi ci sono libri come *Spider* di Patrick McGrath (1990), da cui è tratto il film già citato, e *Lowboy* di John Wray (2006). La produzione letteraria, quando clinicamente informata, permette la creazione di personaggi che potrebbero essere inseriti nei manuali diagnostici come modelli tipici di schizofrenia. Essi presentano tutte le caratteristiche psicopatologiche del disturbo, approfondite e rese dinamiche dall'andamento narrativo del romanzo: possono quindi essere assunti come veri e propri *ersatz* degli individui in carne e ossa e allenare i lettori alla comprensione dell'altro e all'empatia²¹. Analizzare la psicologia di questi personaggi può rappresentare un esercizio simulativo efficace per i praticanti psichiatri. Infatti, grazie a questi libri, è possibile *spiare* dall'"interno" una mente schizofrenica, creata e pensata anche a partire dai modelli psicopatologici che i giovani psicoterapeuti sono chiamati a utilizzare nell'esercizio della loro professione. Non solo, dunque, questo movimento dalla psichiatria alla letteratura permette forme di diffusione tra il grande pubblico di concetti psichiatrici e di vissuti che facilitano l'im-

²¹ Si tratta di un tema centrale della narratologia cognitiva quello del legame tra letteratura e *mindreading* (cfr. Bernini e Caracciolo 2013; Cometa 2017; Spolsky 2015).

medesimazione con i pazienti, ma ha anche un ritorno positivo nel campo della psichiatria, la quale può servirsi di questi modelli letterari per indagare più profondamente il fenomeno. Insomma, la psichiatria produce una letteratura che a sua volta è in grado di modificare la psichiatria.

Il secondo movimento, a nostro parere troppo spesso dimenticato, è quello che va dalla letteratura alla psichiatria. La letteratura ha da sempre costituito una forma d'indagine sulla psicologia umana, ben prima che discipline come la psichiatria o la psicologia si affermassero. Essa ha sempre fornito strumenti per la comprensione delle pulsioni profonde, dei dubbi, dei sentimenti degli individui, senza che questa funzione si sia arrestata con l'arrivo della psicologia e dello studio della mente. La schizofrenia come disturbo è intimamente legata ad alcune espressioni letterarie che hanno da sempre rappresentato una forma di accesso privilegiato e comprensione delle sue caratteristiche.

A questo proposito, non meraviglia che un autore importante come Garrabé nel suo *Storia della schizofrenia* (1992) decida che a fissare l'inizio di questa storia sia proprio un romanzo, e in un periodo che anticipa di 60 anni la prima nosografia a opera di Kraepelin. Si tratta di *Louis Lambert* (1832) di Honoré de Balzac. Qui troviamo una prima descrizione di un soggetto psicotico che presenta tutti i tratti caratteristici che poi saranno individuati come sintomatici della schizofrenia. Conoscendo perfettamente gli scritti di Pinel²² ed Esquirol, Balzac condensa vari caratteri della follia da loro espressi nel personaggio di Louis Lambert, delineando il ritratto di un folle che mostra tutte le caratteristiche presenti anche nella schizofrenia: l'insorgenza improvvisa in età adulta, lo stupore catatonico, il linguaggio frammentato ed enigmatico, il delirio religioso, il comportamento motorio disorganizzato, l'autismo, la malinconia, l'autolesionismo, la separazione tra mente e corpo. Sembra, insomma, che tra i predecessori di Kraepelin si possa annoverare un romanzo.

²² Non a caso, secondo alcuni possiamo identificare le prime descrizioni di schizofrenia proprio nelle opere di Pinel (Cfr. Cardella 2013, 13; Frith e Johnstone 2003, 14).

Ma *Louis Lambert* non è l'unico caso, e neanche il più famoso: nel 1903, infatti, tra la sesta e la settima edizione del trattato kraepeliniano, viene edito per la prima volta *Memorie di un malato di nervi*, il resoconto autobiografico del giurista Daniel Paul Schreber (1903). Il libro narra del grave episodio psicotico che portò Schreber al lungo ricovero nell'ospedale psichiatrico di Sonnenstein dal 1893 al 1902. Il testo, ad oggi una pietra miliare della storia della psichiatria, ha costituito il fondamento analitico della teoria psicomotiva sulla schizofrenia, che ha dominato l'epistemologia psichiatrica in America fino agli anni '70. Nel 1911, poco dopo la morte di Schreber, Freud, partendo proprio dalle *Memorie*, pubblicò il saggio *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente*: in questo testo abbiamo la prima elaborazione dello psicanalista, che vede la psicosi come un "ritorno del represso" e la paranoia come effetto di un ritiro delle pulsioni libidiche e un loro reindirizzamento narcisistico. Il legame con l'opera letteraria è rafforzato dal fatto che per Freud il testo letterario di Schreber è l'unico modo di accedere e comprendere la struttura psichica di uno psicotico grave:

L'immagine psicoanalitica della paranoia sarebbe assolutamente impossibile se i malati non possedessero la prerogativa di tradire, sia pure in forma deformata, proprio ciò che gli altri nevrotici tengono celato come un segreto. Poiché i paranoici non possono essere indotti forzatamente a superare le loro resistenze interne e comunque dicono solo quel che hanno voglia di dire, proprio per questa malattia è possibile supplire alla conoscenza personale del malato con una relazione scritta o con un caso clinico stampato. Ritengo, perciò, che non sia del tutto arbitrario basare un'interpretazione psicoanalitica sulla storia della malattia di un paranoico (o, più precisamente, affetto da *dementia paranoides*) che non ho mai conosciuto, ma che ha descritto egli stesso il proprio caso clinico e reso noto alla stampa. (Freud 1911, 339-340)

Ecco, dunque, che un pregiudizio psichiatrico che vedeva lo psicotico come non interessato a comunicare i propri vissuti ad altri (e quindi l'impossibilità di una psicoterapia fondata sul

dialogo con il terapeuta) porta Freud a eleggere l'autobiografia romanzata come strumento privilegiato per spiegare la mente psicotica. Da questo momento in poi, le *Memorie* sono diventate un riferimento costante per la letteratura psicanalitica e anti-psicanalitica, tant'è che ritroviamo interpretazioni di questo testo in opere importantissime come il *Seminario III* di Lacan (1981) e l'*Antiedipo* di Deleuze e Guattari (1972). L'importanza del libro è stata tale che il premio nobel Elias Canetti lo ha definito come il «documento più importante della intera letteratura psichiatrica» (1976, 56).

Dalle *Memorie* di Schreber in poi, le autobiografie e le produzioni artistiche degli schizofrenici sono state ampiamente indagate da psichiatri e psicologi per elaborare e perfezionare teorie sul linguaggio schizofrenico (ad esempio le poesie di Artaud, cfr. Pennisi 2001, Borgna 1995), sulla concezione del tempo e dello spazio (ad esempio i romanzi di Nerval, cfr. Borgna 1995), sulla risposta ai trattamenti (cfr. Sechehaye 1950), sullo sviluppo dei primi episodi psicotici e dei deliri (cfr. Sass 1994).

Dovrebbe a questo punto essere chiaro come un inevitabile intreccio semiotico tra domini psichiatrici ed extra-psichiatrici costituisce il brulicante paesaggio molecolare (Eco 1975) da cui emerge il concetto di schizofrenia come un'isola dai contorni incerti e frastagliati.

1.6. Quale soluzione all'enigma della sfinge?

Uno dei compiti della semiotica contemporanea è esattamente quello di mostrare come il rapporto tra scienza medica e produzione culturale consista in un processo costante di traduzioni reciproche tra discorsi, il cui orizzonte è stato già tracciato da Paolo Fabbri: «Deleuze usa una metafora molto bella, dice che la filosofia dell'arte e la scienza hanno un'ombra comune, si muovono in modo diverso ma le ombre si muovono insieme. Ecco forse un progetto per la semiotica: far muovere insieme queste due ombre» (Fabbri 2005, 33). Ed è proprio facendo muovere insieme queste ombre che abbiamo mostrato

come non vi sia alcun motivo né alcuna possibilità per la psichiatria di rinunciare al suo doppio legame con la cultura. Il concetto di schizofrenia emerge quindi, a uno sguardo semiotico, come un fenomeno complesso, che tocca così tanti aspetti della vita di un individuo, della società in cui vive e dei saperi che mettiamo in atto nel tentativo di comprendere il mondo, che non può al momento essere risolto dalla sola psichiatria senza che essa entri in contatto con altri domini disciplinari. È solo rimandando a un altro dominio culturale un problema che al suo interno non può risolvere che un dato dominio culturale si arricchisce e progredisce nella ricerca (Paolucci 2017: 19). La schizofrenia stessa abbraccia e nasce al confine tra domini culturali eterogenei e ci pone un così profondo interrogativo proprio perché essa ci mette di fronte a dubbi fondamentali circa quelle che culturalmente sono le nostre credenze più salde. Essa ci spinge a interrogarci sulla natura della realtà, sulle modalità di acquisizione delle conoscenze e di formazione delle credenze, sui limiti del libero arbitrio e della volontà individuale, sui confini tra verità e falsità, su normalità e follia. Non si può dunque affrontare lo studio della schizofrenia se non in modo interdisciplinare e transdisciplinare: accanto a psichiatri e psicologi, troviamo biologi, genetisti, neuroscienziati, sociologi, antropologi, filosofi, critici letterari, storici, tutti impegnati a risolvere questo enigma. La semiotica può contribuire a questo tentativo di comprensione. Il suo primo monito è quello di ripensare questa *sfinge della psichiatria* (Borgna 1995), sottolineando come il mostro col suo volto umano diriga il suo indovinello alla psichiatria, ma abbia un corpo leonino che riposa su domini enciclopedici eterogenei che le danno la possibilità di interrogarci. Se dimenticheremo di questa doppiezza della sfinge, del suo coabitare tra l'umano e il non-umano, del suo essere sempre *altro* e *alieno*, finiremo per esserne divorati.

Capitolo 2

I destini dell'*alogos*: storia semiotica della follia

Abbiamo finora fornito due ragioni per intraprendere uno studio semiotico della schizofrenia: il legame inscindibile delle pratiche culturali nella costruzione dell'entità diagnostica, che ci ha condotto all'utilizzo della nozione di *fatticcio*, e l'importanza di tenere insieme studi culturali e studi clinici nella descrizione del fenomeno nella sua complessità. In questo capitolo metteremo alla prova la semiotica in diacronia, proponendo una riflessione sui discorsi psichiatrici che hanno contribuito maggiormente alla creazione dell'immagine della schizofrenia. Per far questo ricorreremo a una ricognizione storica della malattia mentale, individuando le modalità e le categorie semantiche attraverso cui è stato da sempre concettualizzato il disturbo.

Procedere in questo senso è assolutamente fondamentale: analizzare le figure con cui la schizofrenia è stata concettualizzata e descritta significa rendersi conto degli *stereotipi* circolanti (Paolucci 2020) che possono intromettersi in ogni tentativo di approcciare il problema. Ma non solo. Il *discorso* psichiatrico sulla schizofrenia non porta semplicemente alla costruzione di uno *stereotipo* o di una *ideologia* psichiatrica, ma a una sua messa in atto. I *discorsi* sono anche dei repertori cristallizzati di forze sociali e politiche e a loro volta contribuiscono a creare tali rapporti (Landowski 1989): ogni discorso psichiatrico cerca di produrre un *sapere* e un *credere* circa la malattia, indirizzando gli studiosi verso delle *pratiche di gestione delle interazioni* con il paziente. Il discorso ha cioè un potere sociale: costruendo la figura dell'altro, dello schizofrenico, e istruendo la nostra immaginazione, esso imposta sin dal principio una modalità di

trattamento e di terapia che sistematizza e scandisce i possibili *scenari strategici* della relazione tra gli attori sociali coinvolti. Operare una perizia sui segni che hanno contribuito a creare l'immagine della schizofrenia nella psichiatria e nei domini culturali a essa limitrofi ci permetterà quindi di individuare come le trasformazioni del concetto rispondono a una logica profonda che gestisce, orienta e, a volte, fissa i destini dell'entità psichiatrica.

2.1. *L'alogos: la schizofrenia tra deficit, regresso e incomprendibilità*

In epoca moderna, il concetto di follia si è sovrapposto a quello di assoluta irrazionalità per motivi legati all'importanza che il concetto di razionalità ha assunto all'interno della cultura occidentale. Si è arrivati a concepire come folli gli individui che non presentano quei comportamenti che la nostra cultura fissa come conformi alla ragione, e quindi possiamo in qualche modo dire che la follia sia *eccentrica* o *irragionevole* proprio perché culturalmente si istituisce come il contraltare della ragione. La ragione nella nostra cultura ha assunto un valore positivo, assurgendo a dimensione ideale a cui gli individui e la società devono aspirare. La ragione è *luminosa* ed è principio ordinatore; la follia, che è negazione della ragione, non può che ricoprire una posizione contraria, un oggetto da cui disgiungersi in quanto segno di regresso, di oscurità, di disordine (Foucault 1961). Il problema in questo rapporto è che non v'è nulla di ontologicamente fondato che ci permetta di assumere che ci sia nella irragionevolezza della follia qualcosa di sbagliato, di inferiore, di oscuro: un tale punto di vista sulla follia è una *necessità strutturale* costruita in una determinata cultura che ci informa sul sistema culturale che la ospita molto più di quanto ci dica qualcosa sulla follia stessa.

Tuttavia, è sulla base di queste opposizioni valorizzate tra ragione e follia che quest'ultima è stata concettualizzata: dove la ragione è stata pensata come forma logica, si è costruita

la follia come illogica; dove la ragione è stata pensata come riflessiva e introspettiva, la follia è stata caratterizzata come mancanza di controllo e supervisione di un sé preda delle correnti istintuali; dove la ragione è stata considerata in funzione dell'acquisizione linguistica e simbolica, la follia è diventata assenza di linguaggio e crollo della possibilità del simbolo. Ne è derivato che quando è stata identificata una sede, una causa, un meccanismo, del processo razionale, la follia è stata pensata come un errore di quel funzionamento (Sass 1992, 19). Siamo abituati a pensare alla ragione come *proprietà essenziale* dell'essere umano, cioè come ciò che lo costituisce in quanto tale. Allora la follia, quando definita come irrazionale, marca sempre un degradamento, un malfunzionamento della persona, del suo appartenere all'umanità. L'irragionevolezza della follia è così costretta nel ruolo dell'irrazionalità per marcare una differenza che permetta ai non-folli di cullarsi su un concetto standard completamente arbitrario e frutto di astrazione che chiamiamo razionalità.

La schizofrenia è il disturbo che ha giocato il ruolo principale in questa opposizione sin dalla sua individuazione. Infatti, sin dalle prime formulazioni del concetto a opera di Kraepelin, Freud e Jaspers, è presente una forma di ideologia dell'irrazionalità che ancora oggi, come un'ombra, si aggira nella ricerca contemporanea sul disturbo. Per descrivere le modalità attraverso cui è stata perpetrata questa de-umanizzazione del soggetto schizofrenico, scegliamo di ricorrere all'aggettivo greco *alogos* (ἄλογος)¹, un termine dal greco antico spesso riferito ad animali o bambini che tra i suoi diversi significati annovera: a) *privo di ragione*; b) *privo di parola*; c) *incomprensibile* o *assurdo*. Questa è la figura del discorso su cui si costruiscono la maggior parte delle pratiche e opinioni della moderna psichiatria.

¹ Cfr. per significato Dizionario GI – vocabolario di lingua greca v. ἄλογος -ov. Per contesto di utilizzo ThLG: ἄλογος -ov.

2.1.1. *L'alogos come mancanza: Kraepelin e la teoria del deficit*

La prima formulazione dell'entità psichiatrica che verrà poi chiamata schizofrenia è opera di Emil Kraepelin (1856-1926), il quale (prima nel 1896 poi nel 1899) unifica sotto il termine di *dementia praecox* tre sindromi distinte le cui caratteristiche e nomi riprende da Kahlbaum e Hecker (Kraepelin 1904, II, 156-212): *dementia* catatonica, ebefrenica e paranoide². Il motivo per cui Kraepelin fu in grado di unificare questi tre gruppi eterogenei era che tutti portavano a un comune esito finale: una irrimediabile demenza³. Tutta la rete di sintomi identificati da Kraepelin portava infatti nel decorso patologico a quello che egli definisce un *naufragio psichico* (Kraepelin 1904, II, 169), o *decorso ideativo* (ivi, 147), caratterizzato da deterioramento emotivo, disturbi dell'attenzione e della volontà e alterazioni del flusso di pensiero. Per Kraepelin, la *dementia praecox* è così identificata con l'esito della malattia, cioè nel compimento di un percorso di degradazione che porta il malato a passare da una fase di razionalità a una di pura irrazionalità, corrispondente alla demenza.

Per rendere chiara questa concezione, è necessario descrivere la situazione della psichiatria dell'epoca. Quando, infatti, nel 1908-13 Kraepelin diede alla luce l'ottava edizione del suo *Trattato*, dove è contenuta la descrizione definitiva della *dementia praecox*, l'episteme psichiatrica era nel pieno della sua svolta organicistica. Con Griesinger (1817-1868) presso l'Università di Berlino si aprì una stagione di ricerche basate sull'ipotesi che «ogni malattia mentale è una malattia del cervello», ricerche che portarono negli anni alla scoperta della neurosifilide, della *encefalopatia di Wernicke* e all'identificazione del morbo di Alzheimer. Si credeva, dunque, che lo scopo ultimo della

² Non ci dilungheremo qui nella spiegazione dei tre tipi di *dementia*, basterà sottolineare come questa distinzione caratterizzata da una grande varietà di sintomi si è mantenuta per oltre un secolo in psichiatria venendo poi eliminata solo nel DSM-5.

³ In ogni caso, va sottolineato che dalla quinta all'ottava edizione del *Trattato* questa idea sarà ridimensionata: la demenza diventa la regola generale, ma l'esito della *dementia praecox* non è più così certo.

psichiatria non fosse più quello di descrivere i sintomi delle diverse malattie, ma di spiegarne l'insorgenza e il decorso da un punto di vista neurobiologico attraverso un paradigma medico e scientifico. I disturbi mentali erano considerati come elementi di un continuum che andava dal perfetto funzionamento del cervello alla sua degradazione totale, identificata nella *paralisi*. C'era cioè l'idea che non vi fosse una varietà di disturbi, ma che i singoli disturbi fossero la variazione di un singolo disturbo definito come *psicosi unica*.

Nonostante questo paradigma, che oggi non esiteremmo a definire riduzionista, fosse ormai nel pieno sviluppo, rimanevano escluse tutta una serie di malattie mentali gravi per le quali non era possibile individuare una specifica patologia cerebrale, che i medici chiamavano *psicosi funzionali*. È esattamente di queste psicosi funzionali che l'opera di Kraepelin desiderava fornire una classificazione e un modello di indagine clinica attraverso l'osservazione. Kraepelin, infatti, aveva identificato accanto a una serie di psicosi funzionali passeggero che potevano essere guarite (*psicosi maniaco-depressive*) una serie di comportamenti variegati che avevano però tutti un esito comune, e decise di raggrupparli sotto un'unica etichetta che prese in prestito da August Morel, la *Dementia praecox*. Dunque, da una parte Kraepelin rifiuta il modello puramente cerebrocentrico della psichiatria dell'epoca perché vuole fornire un'analisi di malattie la cui localizzazione cerebrale era ignota, dall'altra però vi aderisce perfettamente, perché ritiene che l'indagine clinica sia funzionale alla ricerca neurologica. Non è un caso che lo psichiatra identifichi la possibile eziologia della *dementia praecox* in un logoramento della corteccia cerebrale dovuta a una *autointossicazione* legata a uno sviluppo sessuale anomalo (Kraepelin 1904, II, 229). Impostare, come fece Kraepelin, la diagnosi sulla base del processo clinico e identificare nella *dementia praecox* una malattia il cui processo termina con una demenza totale significa annullare ogni possibilità di intervento e di cura su questa malattia: è l'esito negativo che la definisce, senza il quale il disturbo semplicemente non è *dementia praecox*.

In definitiva, la psichiatria dell'epoca considerava la corteccia cerebrale la sede della razionalità umana e la demenza come stato opposto alla razionalità, per cui inferenzialmente Kraepelin ritiene che l'assoluta irrazionalità sia legata a un logoramento della corteccia cerebrale. In questo assunto si ritrova la concezione di psicosi unica elaborata da Griesinger per la paralisi generale, ma riportata alle funzioni cognitive che oggi considereremmo di alto ordine. Razionalità e demenza si oppongono: la *dementia praecox* è un tipo di patologia il cui decorso consiste nel passaggio lento tra queste due dimensioni, legato a un *deficit organico* della corteccia cerebrale che rispecchia un *deficit cognitivo* irrimediabile, vero e proprio sintomo principale della condizione (Kraepelin 1904, II, 212).

Questo punto è importantissimo, perché ci mostra quale fosse il paradigma della follia a inizio Novecento e perché la *Dementia praecox* sia poi divenuta in quegli anni la rappresentazione stessa di questo paradigma. La sanità mentale ha la forma della ragione logica e dell'auto-determinazione, controllo di sé, lavoro e costume sociale, mentre la malattia è deprivazione logica, perdita della capacità di autocontrollo, incapacità di svolgere lavoro e mancanza di rispetto dei costumi. Per questo è valorizzata negativamente e, come si può notare anche con un senso di disgusto (ancor più rilevante se si considera che le descrizioni di Kraepelin sono generalmente neutre):

Una manifestazione parziale dell'ottundimento emotivo è inoltre la perdita della compassione, del senso di convenienza, dello schifo e del pudore. Gli infermi non hanno più alcun riguardo al loro ambiente, non adattano più la loro condotta alla situazione nella quale si trovano, ridono in occasioni serie, sono scortesie e villani verso i loro superiori, perdono il contegno e la dignità personale; rimangono indifferenti alle disgrazie altrui, maltrattano gli altri infermi. Si urinano addosso, fanno i loro bisogni corporali nei piatti che servono per mangiare, prendono i cibi con le mani, sputano nel loro letto o sulle loro mani, mangiano scarafaggi e vermi, bevono l'acqua sudicia del bagno, oppure vuotano d'un sorso la sputacchiera ricolma. La mancanza di pudore si esprime nello spogliarsi senza alcun riguardo, nel raccontare senza ritengo rapporti sessuali. Spes-

so esiste realmente un vivace aumento dell'eccitamento sessuale, che si sfoga in discorsi impudichi, in richieste e proposte oscene, in un continuo onanismo impulsivo e senza riguardo. (Kraepelin 1904, II, 149)

Leggendo queste parole è possibile notare le modalità attraverso cui la cultura psichiatrica dell'epoca concettualizzasse l'alterità insita nella follia: l'irrazionalità è una forma di mostruosità subumana, di oscuramento, di perdita dei valori su cui si fonda la cultura razionale di inizio Novecento (cfr. Foucault 1961). Ecco che contemporaneamente all'individuazione della schizofrenia si ha la prima caratterizzazione dello schizofrenico come *alogos*, come animale, e la follia come degradazione, diminuzione, *deficit* che porta al centro del mondo civilizzato e razionale delle istanze incontrollabili e distruttive che è necessario segregare negli ospedali psichiatrici in quanto incurabili.

Abbiamo già visto nel capitolo 1 come oggi la schizofrenia non sia in realtà connessa a una forma di degradazione psichica del ragionamento, quanto piuttosto ad altri elementi quali disturbi percettivi, del corpo, emotivi, del linguaggio, etc., mentre le facoltà mentali di tipo inferenziale siano praticamente immutate, dove non superiori (cfr. Cardella e Gangemi 2018, 79-90). Ciò che di Kraepelin rimane oggi nella psichiatria *mainstream* (detta per l'appunto neo-kraepeliniana) insieme all'esigenza classificatoria è l'idea della follia come *deficit* delle funzioni cognitive "normali", e l'idea che esse possano essere rintracciate in un guasto meccanico-funzionale del cervello.

2.1.2. *L'alogos come regresso: Freud e il ritiro narcisistico*

La teoria psicanalitica della schizofrenia diverrà una delle teorie più diffuse sulla spiegazione del disturbo almeno fino agli anni '70, quando sarà soppiantata da un ritorno a un paradigma cerebro-centrico. Nonostante sia impossibile riassumere in questa sede l'intera storia del rapporto tra schizofrenia e psicanalisi, sarà opportuno notare come si presenti nella teoria psicanalitica una seconda accezione dell'*alogos*.

Le teorie psicanalitiche si oppongono nettamente al paradigma neurocentrico, pur condividendone il meccanicismo esplicativo di fondo (cfr. Galimberti 1979) in quanto la schizofrenia è spiegata come un disturbo puramente *psicogeno*. L'origine della teoria psicanalitica della psicosi si deve a Jung che, nel saggio "Psicologia della Dementia Praecox" del 1907, per primo propose di applicare i principi psicoanalitici allo studio della *dementia praecox*, contribuendo a creare una serie di scambi accademici tra Freud, lo stesso Jung, Abraham e Bleuler⁴. In seguito a questi avvenimenti, Sigmund Freud (1856-1923), che in precedenza si era occupato solamente di *nevrosi*, decise di tentare una descrizione delle *psicosi* attraverso la sua teoria dell'inconscio e della libido, lavorando sul caso Schreber in "Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente" (1911). In questo testo Freud elabora un'idea precisa sul delirio di Schreber, la quale costituirà l'impalcatura per il modello di ogni psicosi: nel delirio del giudice riguardo la trasformazione del suo corpo in donna a opera di Dio (Schreber 1903), Freud identifica la presenza di un impulso omosessuale talmente terrificante per Schreber da produrre una catastrofe del suo mondo e la costruzione di un nuovo universo delirante, in cui il desiderio omosessuale gli è impartito da un Dio che lo trasforma in donna. Questo Dio è la raffigurazione di un odio che Schreber prova per il padre e che trasporta anche sulla figura del suo terapeuta.

Si deve sottolineare qui come Freud non accettasse la classificazione kraepeliniana che fino alla sesta edizione del trattato (poi modificata) vedeva la paranoia come una malattia classificabile sotto lo stato di *dementia praecox*. Per cui, quando Freud parla della psicosi di Schreber sta pensando al disturbo in termini di *delirio paranoico* e non di *delirio schizofrenico*.

⁴ Per un assaggio della storia di questi scambi cfr. Garrabé 1992: cap. 3 e Woods 2011, 67-76.

⁵ Questa teoria sarà poi aggiornata in diversi scritti (Freud 1915; 1924) che cercheranno di adattare la visione della psicosi alle nuove tripartizioni tra inconscio, pre-conscio e conscio, e all'io, super-io e id, mettendo in luce anche i caratteri simbolici e percettivi delle psicosi (cfr. Hinshelwood 2004).

Nonostante ciò, per Freud è possibile vedere nella psicosi di Schreber lo schema di un funzionamento più generale della psicosi, applicabile anche ai casi di *dementia praecox*.

Per Freud il delirio è il risultato di una forma di distacco della libido dalla dimensione oggettuale (l'energia sessuale non è più rivolta verso gli oggetti esterni) e di un suo regresso alle funzioni che, nel caso di Schreber, si ferma allo stadio dell'autoerotismo narcisistico. In altre parole, la libido che non ha più una spinta vitale verso il mondo si ripiega su di sé creandone uno proprio, realizzando il desiderio autoerotico del soggetto che diventa il creatore (Schreber credeva che Dio gli chiedesse di ripopolare la terra). La psicosi è per Freud esattamente questo: un regresso e deperimento delle energie libidiche.

Nella parte finale del saggio, Freud specifica la sua idea sul funzionamento psichico nei casi di *dementia praecox*, che sarebbe causata da un regresso ancora più radicato e distruttivo rispetto a quello della paranoia, con un ritorno pieno all'*autoerotismo infantile* (Freud 1911, 402). Questa impostazione freudiana è presente praticamente in tutto l'orientamento psicoanalitico che ritiene che la schizofrenia sia una forma di regresso allo stadio infantile, dove la coscienza ritorna a uno stadio arcaico del pensiero, definito *pre-logico* (Arieti 1976), dominato da una fusione col mondo e dal prevalere della fantasia e delle allucinazioni. La perdita delle funzioni cognitive alte è così anche in questo paradigma legato a un deficit, causato o da un difetto della pulsione libidica come in Freud, o come una forma di difesa legata a forti stress e a traumi (Racamier 1980).

La nozione di irrazionalità che emerge nei discorsi della psicanalisi è dunque molto diversa dalla nozione che emerge in Kraepelin, nonostante entrambe siano connesse alla nozione di malfunzionamento psichico. L'idea di *regresso* è infatti molto diversa da quella di *naufragio*: in un caso il soggetto si nasconde, nell'altro si perde. Dove Kraepelin vedeva una forma di *subumanizzazione* causata dalla demenza, la psicanalisi identifica una forma di *preumanizzazione*; dove l'*alogos* rappresentato da Kraepelin è una figura che varca i confini dalla ragione, l'*alogos* psicoanalitico *ritorna* alle sue fonda-

menta e al suo principio, in uno stadio non a caso definito pre-razionale (Arieti 1976). Inoltre, rispetto alla psichiatria kraepeliniana, la visione psicanalitica introduce una fortissima differenza nell'idea di terapia e nella prassi di cura. Senza l'idea del decorso irrimediabile, si apre la possibilità di curare lo psicotico attraverso un intervento volto a favorire un reintegro delle funzioni psichiche (Hinshelwood, 2004) basato sul linguaggio e sul significato dell'esperienza individuale. Come fa notare Sass, il grande merito di questa prospettiva e il suo più importante contributo alla storia della schizofrenia è stato il ri-accoglimento dello schizofrenico nell'umanità che tuttora avviene «solo nella posizione subordinata del bambino» (Sass 1992: 42), manifestando una considerazione ancora deficitaria della schizofrenia.

2.1.3. *L'allogos come incomprendibile: Jaspers e la teoria dell'abisso*

L'ultima figura dell'irrazionalità proviene da una teoria che si sviluppava negli stessi anni in radicale opposizione alla psichiatria clinica di Kraepelin e alla psicanalisi di Freud: *la psicopatologia fenomenologica* di Karl Jaspers (1883-1969).

A Jaspers si deve *Psicopatologia Generale*, un immenso volume aggiornato per più di 40 anni a partire dal 1913, divenuto una pietra miliare della psichiatria. Il testo nasceva con l'obiettivo di fornire una nuova e sistematica classificazione attraverso cui rintracciare le modificazioni patologiche dell'esperienza umana attraverso una metodologia chiara che potesse fondare la psicopatologia come una scienza (cfr. Stanghellini e Fuchs 2013). Secondo Jaspers, il paziente nei suoi resoconti ha la possibilità di fornire già tutti gli elementi per permettere agli altri di *comprendere* il tipo di esperienza che vive: il compito dello psicopatologo è allora quello di classificare e organizzare questi elementi analizzandone le strutture, comparandole e raggruppandole per similarità in modo da fornire una sempre più precisa descrizione della psiche e

rendere un quadro clinico valido e comunicabile. È questa la fenomenologia applicata alla psicopatologia, ed è a sua volta questa che la rende scienza: le esperienze vengono denominate e classificate attraverso un metodo rigoroso slegato da qualunque teoria specifica sulla natura della psiche e privo di ogni pregiudizio (Stanghellini 2008).

La base per la possibilità di descrizione dell'esperienza psicopatologica riposa su una differenza tra spiegazione e comprensione:

A evitare ogni ambiguità e fraintendimenti impiegheremo sempre l'espressione "comprendere" per la visione intuitiva di qualcosa dal di dentro, mentre non chiameremo mai comprendere ma "spiegare" la conoscenza dei nessi causali che sono sempre visti dal di fuori. Comprendere e spiegare hanno dunque un significato preciso. [...] è possibile spiegare pienamente qualcosa senza comprenderlo. (Jaspers 1913-59, 30)

Entrambi i metodi sono validi, ma è la comprensione che deve guidare l'analisi, mentre la spiegazione si fonda su ipotesi la cui esistenza è sempre in dubbio. La psicopatologia non deve partire dunque da una teoria esplicita ipotizzata, ma da una teoria comprensiva che ne guidi le ipotesi. Il vero fulcro della psichiatria fenomenologica, la comprensione, «il palpitar della propria anima all'unisono con le vicende altrui» (Jaspers 1913-59, 24), è una forma di conoscenza intuitiva e vera perché si regge sull'empatia e sull'intuizione autoevidente dell'esperienza fenomenologica dell'altro (ivi, 58).

Con Jaspers siamo lontanissimi dalle teorizzazioni di Kraepelin e Freud: il malato non è qui inteso come un risultato di un guasto meccanico del cervello o della psiche, ma come il portatore di una esperienza significativa che può essere sempre compresa e descritta e che porta in sé la sua causa e giustificazione. La follia è una manifestazione di qualcosa di misterioso, inespriabile e incomprendibile che deve essere riportato al senso attraverso il rapporto intersoggettivo; la comprensione si configura quindi come un'estensione dei confini del senso sul non senso della follia (Stanghellini 2008, 29).

Per Jaspers, vi è tuttavia un limite a questa *comprensibilità* che l'indagine stessa svela: laddove l'insensatezza dell'esperienza è troppo forte, lo scarto tra razionale e irrazionale genera un ostacolo insormontabile per la comprensione e per l'empatia. Per Jaspers questo ostacolo è rappresentato esattamente dalla schizofrenia, considerata il limite ultimo della psicologia comprensiva. Nella schizofrenia vi è l'*ineffabilità della comprensione soggettiva* (Galimberti 1979: 185), e quindi una costitutiva *incomprensibilità* della follia causata dal crollo della dimensione *empatica* necessaria per superare il solipsismo dell'interpretazione. Bisogna chiarire che, per mancanza di *comprensione*, Jaspers non intende l'impossibilità di cogliere il contenuto psichico delle manifestazioni schizofreniche, ma l'impossibilità di cogliere intuitivamente, attraverso l'empatia, la forma e la modalità attraverso cui tali esperienze si manifestano nel campo psichico, tanto che della schizofrenia è possibile fornire solo una *spiegazione* teorica e ipotetica.

Tutte queste personalità hanno un qualcosa che confonde la nostra comprensione in una maniera peculiare; c'è qualcosa di strano, freddo, inaccessibile, rigido e pietrificato lì. [...] *Al cospetto di questi individui si sente come un abisso che non si può descrivere in modo più preciso.* Questi malati però non trovano affatto incomprensibile ciò che a noi sembra enigmatico. Essi scappano da casa e danno ragioni senza senso, convinti che siano sufficienti. Da situazioni e fatti non traggono le conseguenze ovvie, non hanno alcuna capacità di adattamento, hanno una strana angolosità ed indifferenza. (Jaspers 1913-59, 482, corsivi miei)

Non c'è inesistenza di significato nel nucleo dell'esperienza schizofrenica, ma una sua diversità inattingibile. Ciò che è *incomprensibile* è l'alterazione della forma esperienziale che il disturbo arreca e che Jaspers identifica nella sua radice delirante⁶. L'esperienza delirante tipica della schizofrenia è così intesa come limite della psicopatologia, l'abisso in cui cade ogni tentativo di comprensione.

⁶ Ringrazio Mads Henriksen per avermi chiarito questo punto in una conversazione privata. Cfr. anche Henriksen 2013.

Anche in Jaspers, dunque, la schizofrenia è *discorsivizzata* come una delle figure dell'irrazionalità, lo schizofrenico è anche qui *alogos*, ma *alogos* in quanto assurdo, in quanto incomprensibile: la mente schizofrenica non è né distrutta, né regredita, è invece al di là di ogni processo di comprensione empatica.

La ragione per la quale un malato in mezzo alla notte comincia a cantare, per la quale commette un tentativo di suicidio, per la quale improvvisamente si inquieta tanto con i propri parenti, per la quale il fatto che sul tavolo ci sia una chiave lo ha tanto eccitato, e così via, al malato stesso appare come la cosa più naturale del mondo, ma non riesce a renderla comprensibile a noi. [...] In teoria si parla di incoerenza, di scissioni, di disgregazione della coscienza, di atassia intrapsichica, di debolezza della percezione, di insufficienza dell'attività psichica, di disturbo dell'attenzione associativa, ecc. Lo si chiama comportamento bizzarro, insulso. Ma con tutte queste parole si dice sempre lo stesso: è qualche cosa di genericamente incomprensibile. (ivi, 624)

Non c'è dubbio che anche questa impostazione mantenga una caratteristica ideologica: come fa notare Stanghellini (2008), la psicopatologia della comprensione di Jaspers si poggia su una nozione di empatia vista come una proprietà data immediatamente nell'esperienza e non come una capacità che lo psicopatologo deve adoperare. Inoltre, il tentativo di comprensione non tiene conto delle situazioni, dei contesti ospedalieri, del ruolo dello psicopatologo, non è cioè *situato e contestualizzato*. Da questo punto di vista anche i concetti di empatia, di comprensione, di descrizione fenomenologica, assumono più la forma di principi astratti inverificabili tanto quanto l'inconscio o l'autointossicazione sessuale. Lo schizofrenico viene elevato a paradigma di assoluta incomprensibilità, forma della Follia, perché lo psicopatologo non ha (o non sente di avere) una comprensione intuitiva del vissuto altrui sentendosi di fronte a un abisso. Ecco la terza accezione dell'*alogos*: esso è *incomprensibile e assurdo*.

2.1.4. *Le tre accezioni di alogos in Bleuler*

Le tre le accezioni dell'*alogos* sono tutte rintracciabili in uno dei testi a cui si deve la nascita e l'individuazione della schizofrenia: *Dementia Praecox, oder Gruppe der Schizophrenien* di Eugen Bleuler (1911).

Bleuler (1857-1939) ha studiato e passato la maggior parte della sua vita a Zurigo, lavorando presso l'ospedale psichiatrico universitario del Burghölzli. A lui si deve l'invenzione della parola *schizofrenia* in un convegno del 1908 e l'idea che il disturbo si manifesti in diversi modi al punto da formare un *gruppo delle schizofrenie*. Bleuler sceglie la parola in opposizione alla teoria di Kraepelin sulla *dementia praecox*: dove per Kraepelin il principio unificatore del disturbo è il declino cognitivo, per Bleuler la demenza non è affatto un elemento fondamentale del disturbo schizofrenico, che è invece caratterizzato da quella che egli definisce una *spaltung*, una scissione delle diverse funzioni psichiche e del tessuto associativo. In questa teoria, lo schizofrenico è interiormente scisso, la sfera affettiva e quella intellettiva non comunicano, le associazioni sono labili e apparentemente illogiche, il pensiero è contraddittorio.

Bleuler è il rappresentante di una psichiatria nuova, che si muove dall'approccio organicista kraepeliniano verso una concezione più focalizzata sulle funzioni psichiche come sarà quella psicanalitica. Il disturbo schizofrenico è in questo senso un disturbo causato da una disfunzione cerebrale (Bleuler 1911, 222), ma allo stesso tempo segue una logica psicogenetica, dove c'è una concatenazione di sintomi dipendenti da disfunzioni fondamentali. Bleuler propone una doppia divisione dei sintomi per circoscrivere e individuare la schizofrenia. Da una parte divide *sintomi primari*, direttamente derivanti dal processo morboso (come il disturbo del pensiero, allucinazioni, deliri etc.), e *sintomi secondari*, «derivanti dalla reazione della psiche malata a qualsiasi processo interno o esterno» (1911, 447). Dall'altra, invece, propone una divisione che sarà fondamentale nella storia psichiatrica successiva, in particolare per le ipotesi *psicopatologiche* sull'origine del disturbo,

proponendo una gerarchia tra *sintomi fondamentali*, obbligatori per poter parlare di *schizofrenia*, e *sintomi accessori* che possono invece categorizzare le diverse forme del disturbo⁷. I *sintomi fondamentali* sono alla base del processo morboso responsabile della malattia e hanno un'origine organica. Sono quindi i veri sintomi identificativi del disturbo (e sono ovviamente tutti *sintomi primari*), identificati da Bleuler in tre funzioni semplici: la *spaltung* delle associazioni (deragliamento del pensiero, associazioni insensate, sillogismi errati), l'*ambivalenza* (pensiero contraddittorio) e i *disturbi dell'affettività* (un generale decadimento di interesse, passioni ed emozioni).

Se si legge con attenzione il testo di Bleuler, ci si renderà facilmente conto di come, dichiarando una fedeltà tanto al lavoro di Kraepelin quanto a quello di Freud, esso finisca per rappresentare le stesse figure dell'*alogos* dei due autori, accanto alle quali, sebbene più velata, è presente anche l'accezione dell'*alogos* come incomprensibile.

Alogos come deficit: in Bleuler, la concezione kraepeliniana della schizofrenia come forma di regressiva perdita dell'intelletto è solamente meno marcata, ma è sufficiente leggere la de-

⁷ Questa distinzione, se da una parte ha favorito lo sviluppo di linee di ricerca molto avanzate sulla psicopatologia della schizofrenia permettendo una definizione e circoscrizione di un nucleo generatore del disturbo, dall'altra ha portato a un ampliamento eccessivo dei confini nosografici del disturbo stesso. Infatti, si introduce una quarta forma di schizofrenia accanto all'ebefrenica, alla paranoica e alla catatonica, che è quella di schizofrenia simplex. Secondo lo psichiatra i sintomi di base della schizofrenia possono manifestarsi in una forma isolata e debole in modo tale da essere difficilmente rintracciabili (e per questo è difficile l'identificazione e l'ospedalizzazione) ma sono molto più presenti di quanto normalmente si pensi. L'idea di una schizofrenia latente detta simplex è stata nel tempo abbandonata perché estende troppo il concetto di schizofrenia senza un vantaggio effettivo in termini di conoscenze e terapia. Tuttavia, essa apre la strada per l'individuazione di un gradiente di manifestazione sintomatologica, come ad esempio quello presente nel DSM-5 (APA 2013) in cui si parla di 'disturbi dello spettro schizofrenico', e nell'individuazione di un continuum che va dalla normalità alla follia. Inoltre, la categoria di schizofrenia simplex sarà molto importante per la psichiatria fenomenologica in quanto fornirà l'elemento di base per individuare un continuum schizofrenico (dalla schizotimia, alla schizoidia e alla schizofrenia) e un nucleo fondamentale della schizofrenia nei sintomi negativi e nello studio delle schizofrenie pauci-sintomatiche (Minkowski 1927; Binswanger 1944; Laing 1960; Blankenburg 1971).

scrizione del primo sintomo di base per rendersi conto di come la *spaltung* delle associazioni coinvolga la dimensione della logica e della razionalità.

Le associazioni perdono connessione. Dei mille fili che reggono il nostro pensiero, la malattia ne interrompe irregolarmente qua e là ora alcuni ora gran parte. Perciò il pensiero risultante diventa strano e spesso logicamente falso. [...] I disturbi associativi forti portano alla confusione. (Bleuler 1911, 37)

C'è una debolezza del pensiero, esso è illogico, irrazionale. Bleuler definisce i pazienti negli stadi maniacali come *stupidi* (1911: 281), e sebbene non pensi alla demenza come fattore caratterizzante della schizofrenia la tratta ampiamente come una conseguenza dei *sintomi di base*. La demenza schizofrenica si esprime attraverso un *deterioramento intellettuale* e un *deficit* nelle prestazioni cognitive non graduale, spesso caotico e associato allo stato affettivo del paziente, ma comunque importante: la differenza tra Bleuler e Kraepelin non è dunque nella costruzione della figura dello schizofrenico come intellettualmente inferiore, quanto piuttosto nelle modalità in cui la demenza si manifesta e nell'importanza di essa in un quadro clinico.

Alogos come regresso: Bleuler era entrato in contatto con le teorie freudiane tramite Jung e da esse, attraverso il concetto psicanalitico di *autoerotismo*, ricava un quarto sintomo fondamentale (ivi, 98). Si tratta dell'*autismo*, un'alterazione molto particolare che intacca il rapporto di scambio tra vita interiore e mondo esterno, e che nasce dalla combinazione tra i disturbi dell'affettività e quelli associativi. Il soggetto autistico perde la realtà e si rifugia in un mondo tutto suo, senza lasciarsi coinvolgere dall'ambiente. Con il concetto di *autismo* Bleuler sembra proprio fare accenno al *regresso* della teoria freudiana, solo che per lo psichiatra svizzero tale ritiro ha una diversa natura: il paziente non ricostruisce completamente un suo mondo, ma si estranea da quello condiviso rifiutandone le regole e le logiche (ivi, 102). È chiaro che, inserendo l'*autismo* nei *sintomi fondamentali* e collegandolo all'idea dell'*autoerotismo* di Freud,

anche qui si presenti il carattere dell'*alogos* come *regresso*, seppure in maniera meno marcata rispetto al paradigma freudiano, con l'idea del ritiro interiore dell'individuo e un'imposizione della sua realtà illogica.

Alogos come incomprendibilità: L'*ambivalenza*, la *scissione delle associazioni*, l'*autismo*, tutti contribuiscono a creare una distanza con il paziente schizofrenico, che appare sempre troppo lontano dallo psichiatra. L'idea di un'incomprendibilità della schizofrenia è presente praticamente ovunque nell'opera di Bleuler: tutte le manifestazioni schizofreniche come i comportamenti (ivi, 402), i manierismi (ivi, 258), l'affettività (ivi, 394), le sensazioni corporee (ivi, 150), e le connessioni di idee (ivi, 188) sono tutte lette attraverso la lente dell'*incomprendibilità*, appaiono cioè allo psichiatra come fenomeni inspiegabili e apparentemente senza senso. In un passo particolarmente significativo, Bleuler rimarca proprio l'idea di *alterità assoluta* dell'esperienza schizofrenica:

Con gli idioti della sua istituzione il medico ha lo stesso rapporto del padre con i propri figli; la maggior parte degli schizofrenici gli resta estranea, come gli uccellini cui dà da mangiare. (ivi, 409)

Non dobbiamo dimenticare che chi scrive è uno psichiatra che ha speso la maggior parte della sua vita in un ospedale di cura specializzata: nonostante i tanti anni di onorata professione, i pazienti schizofrenici paiono a Bleuler appartenere a mondi estranei, come uccellini in gabbia. Il loro mondo è inattingibile, proprio perché chiuso nel regresso autistico e frammentato dal deficit associativo.

In definitiva, le figure dell'alogos come deficit, come regresso, come incomprendibilità sono tutte rintracciabili nel testo capitale della storia della schizofrenia, proprio quello che l'ha istituita.

2.1.5 *I viaggi dell'alogos*

Il ritorno di Kraepelin

La storia della psichiatria è stata rivoluzionata negli anni '50 dalla scoperta dei farmaci psicolettici, in particolare del neurolettico *clorpromazina*, inizialmente utilizzato come anestetico. La *clorpromazina* entrò negli ospedali psichiatrici come metodo per ridurre l'impatto della terapia dell'elettroshock sui pazienti (Garrabé 1992), ma già nel 1952, grazie agli esperimenti di Deniker e Delay, fu possibile osservare come il farmaco da solo limitasse in maniera considerevole i sintomi positivi delle psicosi come deliri e allucinazioni, costituendo la prima terapia ad avere effetti positivi inconfutabili.

Le osservazioni sugli effetti farmacologici condussero all'elaborazione di una serie di studi alla base di una tesi ancora oggi forte circa l'origine della schizofrenia. Infatti, gli esperimenti degli '70 rintracciarono un problema di eccesso dopaminergico nel cervello dei pazienti schizofrenici ed evidenziarono come gli antipsicotici avessero una funzione inibente rispetto a questa iperproduzione (Frith e Johnstone 2003, 87-108). Il risultato di questa scoperta è stato un ritorno forte della medicalizzazione del disturbo e a una terapia fondata principalmente su medicinali, cosa che portò lentamente ad accantonare il metodo psicanalitico. Parallelamente, negli ultimi quarant'anni si è assistito a un proliferare di teorie e studi mirati a spiegare le cause di questo scompenso dopaminergico: sono state avanzate teorie biologiche di diverso tipo, dalla genetica, alla biochimica alla neurofisiologica, tutte con risultati ambigui (van Os e Kapur 2009). Sono seguiti modelli evolucionisti come quello di Crow (1985) o Jaynes (1976), anch'essi con risultati poco convincenti. Quello che si può però cogliere è il ritorno a un'impostazione pre-kraepeliniana che ricerca le cause del disturbo in una dimensione puramente meccanicistica e riduzionista, in cui la psichiatria torna a essere ancella della neurofisiologia. È in questo quadro che si inseriscono non solo i DSM, ma soprattutto il progetto RDOC (Insel 2010) volto a eliminare il modello sintomatologico del DSM in

favore di una casistica puramente organica. Tale epistemologia porta con sé anche una serie di valorizzazioni culturali sulla follia che torna a configurarsi come un guasto, un deficit localizzato, mentre la schizofrenia torna a essere un degradamento delle funzioni cognitive alte che coincide con la perdita della dimensione propriamente umana di razionalità. È nella teoria senza dubbio più famosa e apprezzata nella comunità scientifica internazionale che è facilmente rintracciabile l'*alogos* come deficit: la teoria neuropsicologica di Chris Frith (1992).

In questa teoria Frith fonde evidenze scientifiche e teorie sul substrato neurobiologico del disturbo con gli studi di psicologia cognitiva circa i problemi di processamento delle informazioni e di rappresentazione nella schizofrenia. L'ipotesi fondamentale di Frith è che la schizofrenia si configuri come un disturbo legato alle capacità cognitive di alto livello, in particolare alla capacità sottostante allo sviluppo dell'autocoscienza la cui sede è identificata da Frith nella corteccia prefrontale e frontale.

È più ragionevole credere che esista una singola alterazione sottesa alla schizofrenia nonostante le molteplici manifestazioni di superficie. Suggestisco che tutte le anomalie cognitive sottese ai segni e ai sintomi della schizofrenia siano il riflesso di un difetto in un meccanismo che fondamentalmente appartiene all'esperienza consapevole. Questo meccanismo ha molte definizioni: utilizzerò il termine metarappresentazione (Frith 1992, 119)

Con il termine di metarappresentazione si indica in psicologia cognitiva una capacità che presiede al controllo delle percezioni e intenzioni, all'indirizzamento intenzionale delle azioni, al monitoraggio delle proprie credenze e desideri e alla comprensione di quelle degli altri. Si tratta in pratica della funzione che permette lo sviluppo della capacità più umana che possediamo, quella di riflettere su come rappresentiamo il mondo, noi stessi e le nostre azioni. La metarappresentazione permette all'individuo di sapere che è lui stesso il soggetto che sta compiendo una determinata azione e di distinguersi da un altro che ne sta compiendo un'altra.

La schizofrenia è allora una manifestazione di un difetto di questa capacità che non permette: a) di gestire i propri obiettivi causando problemi comportamentali; b) di gestire le proprie azioni e percezioni generando allucinazioni, deliri di controllo, etc.; e c) di distinguere tra sé e l'altro, per cui si hanno deliri di persecuzione (cfr. Frith 1992, 130, Tabella 7.1).

Nonostante sia molto diffusa e apprezzata, questa teoria non è stata supportata in maniera definitiva da evidenze neuroscientifiche chiare, e questo sembra mostrarci come la psichiatria sia tornata a un modello kraepeliniano in cui: 1) si assume che la schizofrenia sia un disturbo neurobiologico; 2) questo assunto deve essere ancora dimostrato completamente; 3) la descrizione, lo studio, la teoria sulla schizofrenia deve puntare a un suo inquadramento nosografico in ottica neurobiologica; 4) la schizofrenia è intesa come un deficit meccanico del cervello che produce un deficit cognitivo; 5) il deficit cognitivo non è locale, ma è un deficit di una funzione che ne presiede molte e che è funzionale alla creazione dell'autocoscienza, la forma più distintiva della cognizione umana.

In questo senso, il modello neurocognitivo contemporaneo eredita e propaga la stessa concezione di *alogos* proposta dagli studi di inizio '900.

La semplificazione di Jaspers

Parallelamente al ritorno della psichiatria organicista, si è sentito sempre più il bisogno di unificare e coordinare a livello internazionale la ricerca psichiatrica: per questa ragione nasce il DSM. Abbiamo già sottolineato come i primi DSM non avessero riscosso i risultati sperati a causa dell'approccio troppo psicoanalitico della psichiatria americana. Per questo motivo nacque l'esigenza di una descrizione più neutra e precisa dei sintomi che permettesse una diffusione internazionale dei criteri. Candidata ideale per questo obiettivo era la *psicopatologia descrittiva* di Jaspers, il quale aveva fondato un linguaggio comune per tutti gli psichiatri basato su una sistematica descrizione chiara e co-

municabile dei fenomeni psichici. Il primo a muovere passi verso questa fusione di orizzonti tra nosografia (disciplina che cerca segni e sintomi utili alla classificazione diagnostici delle malattie mentali) e psicopatologia, fu Kurt Schneider, allievo di Jaspers. La sua *Psicopatologia clinica* (Schneider 1946), opera di immenso successo, puntava proprio a fondere la nosologia di Kraepelin con il metodo descrittivo psicopatologico, procedendo a fondare una griglia di criteri netti con cui distinguere i disturbi tra loro.

Il DSM ha finito, quindi, con l'assorbire la psicopatologia attraverso Schneider, semplificandola e trasformandola in uno strumento di costruzione e identificazione nosografica capace di smistare i singoli pazienti nelle categorie di appartenenza per procedere poi al trattamento corrispondente (Rossi Monti e Stanghellini 1996). Il paziente è così riportato a una sommatoria di sintomi che permettono un inquadramento diagnostico, mentre l'indagine sul significato di un determinato sintomo nell'esperienza psichica del paziente è lasciata da parte.

In questa operazione di traduzione da psicopatologia a nosografia è stato trasferito anche il mito dell'*incomprensibilità* schizofrenica. Schneider, infatti, riprende da Jaspers l'idea per cui i deliri sono incomprensibili in quanto si presentano come fenomeni primari inderivabili, psicologicamente ineducabili, e li inserisce nella nozione di *First-Rank Symptoms*: quei sintomi che sono un segno chiaro di schizofrenia. Questa nozione viene importata nel DSM-4 che individua l'elemento fondamentale per classificare un paziente come schizofrenico nel delirio bizzarro, un concetto che si configura come una semplificazione estrema di quello che Jaspers aveva chiamato *idea delirante autentica* (Jaspers 1913-59, 100-116). Quello che per Jaspers e Schneider era il limite della comprensibilità empatica dell'esperienza schizofrenica viene ridotto a un contenuto discorsivo incomprensibile⁸ che, laddove presente per un certo periodo, porta praticamente a una diagnosi diretta:

⁸ Per i due autori il delirio autentico è infatti una *esperienza delirante autentica* e non si limita affatto al contenuto discorsivo delirante, ma ha che fare con una dimensione *atmosferica* che contraddistingue il delirio vero e proprio (cfr. Rossi Monti 2009).

Benché i deliri bizzarri siano considerati caratteristici specialmente della schizofrenia, la “bizzarria” può essere difficile da giudicare, specialmente in rapporto a culture differenti. I deliri sono considerati bizzarri se risultano chiaramente non plausibili e non comprensibili, e non derivano da comuni esperienze di vita. Un esempio di delirio non bizzarro è la falsa convinzione da parte della persona di trovarsi sotto sorveglianza della polizia. I deliri che esprimono una perdita di controllo sulla mente e sul corpo sono generalmente considerati bizzarri: questi includono la convinzione di una persona che i suoi pensieri siano stati portati via da certe forze esterne (“furto del pensiero”) [...]. Se i deliri sono giudicati bizzarri, questo solo sintomo è sufficiente per soddisfare il criterio A per la schizofrenia. (APA 2000, 327-328)

Sebbene nel DSM-5 il delirio bizzarro non sia più considerato un sintomo primario rispetto ad altri deliri e allucinazioni, esso mantiene uno statuto preciso e definito dalla sua incomprendibilità in una data cultura: «i deliri sono considerati bizzarri se sono chiaramente non plausibili e non sono comprensibili a pari appartenenti alla stessa cultura e non derivano da esperienze di vita ordinarie» (APA 2013, 101).

A questo punto, bisogna sottolineare che la presunta a-teoricità del DSM e il suo utilizzo puramente operativo portano con sé anche conseguenze. Rimuovendo il contesto teorico di riferimento, si è reso il tema dell'*incomprensibilità* caricaturale rispetto al pensiero che l'ha prodotto, e, contemporaneamente, si è reso oggettivo ciò che è invece relativo a uno specifico sistema di pensiero. Insomma, oggi possiamo ancora rintracciare nei DSM, in una forma banalizzata e oggettivata, l'idea secondo cui la schizofrenia sia marcata dall'*incomprensibilità* e dall'*assurdità*. *L'alogos come incomprendibile* è quindi oggi caratteristica fondante dei discorsi sulla schizofrenia, tanto quanto *l'alogos come deficit*.

Le migrazioni di Freud

Nel cinquantennio precedente alla sperimentazione neurofarmacologica, il paradigma imperante della psichiatria, in

particolare di quella americana e inglese, è stata la psicanalisi. I motivi di questo successo sono diversi e legati alle vicende storico-politiche che videro Freud e i suoi allievi approdare nei paesi anglosassoni. Lì, dove il modello di cura degli ospedali psichiatrici era rappresentato quasi esclusivamente dall'elettroshock e la lobotomia, la psicoanalisi ottenne un enorme successo per il suo metodo capace di valorizzare il vissuto del paziente attraverso approcci terapeutici basati sul dialogo e sull'ascolto.

La prima grande scuola di psicanalisi per il trattamento delle psicosi nacque a Londra negli anni '40 attorno alla figura di Melanie Klein (1882-1960), la quale spostò l'attenzione sulla dimensione infantile dando una maggiore importanza al rapporto dei bambini con la madre ed elaborando una teoria che vedeva nella psicosi una forma di difesa della psiche. Parallelamente, Paul Federn (1871-1950), uno dei più grandi allievi di Freud, si trasferì a New York, dove le sue idee sulla psicanalisi ebbero un enorme successo espandendosi in tutta la *East Coast* americana. Federn poneva l'accento sulla debolezza dell'io nella psicosi e impostava una terapia volta alla ricostruzione della psiche attraverso il dialogo. Questa impostazione fu portata avanti dalla sua allieva Frieda Fromm-Reichmann (1889-1957), forse la più famosa psicoanalista dopo Freud, conosciuta presso il grande pubblico grazie al film *I never promised you a rose garden* (1977) in cui è personaggio protagonista. È grazie a Fromm-Reichmann e al suo collega Harry Sullivan (1892-1949) che la psicoanalisi si sposta da una teoria fondata sul conflitto intrapsichico a una teoria relazionale che mette in luce l'importanza dell'ambiente e della famiglia. Per la psicoanalista, infatti, i sintomi psicotici possono essere visti come conflitti interiori generati da ripetuti traumi interpersonali infantili. Questa teoria ebbe un successo enorme in USA dove si diffuse sempre di più l'idea che fosse la famiglia il vero centro della produzione psicotica e della schizofrenia. In particolare, è il rapporto ambivalente con la madre, detta *schizofrenogena*, a causare un'ansia che viene evasa attraverso la psicosi e la chiusura in un mondo autistico. La teoria psicanalitica interpersonale di Sullivan e Fromm-Reichmann presto divenne la base per la costruzione del metodo dinamico-relazionale e si-

stemico, con sempre maggiore importanza data ai meccanismi comunicativi e relazionali. I disturbi si spostano nelle relazioni con la famiglia, l'ambiente, la società.

Con il ritorno del modello kraepeliniano, la spinta di questo movimento si è fortemente ridimensionata in ambito psichiatrico, continuando a esercitare influenze principalmente sulle ricerche circa i fattori di rischio ambientali della schizofrenia, che si focalizzano sui fattori di stress legati a storia familiare, a società di appartenenza e ad ambienti di vita, ma che hanno finora prodotto risultati limitati (Frith e Johnstone 2003, 129-146). Insomma, il metodo esplicativo psicanalitico si è nel tempo praticamente esaurito, mentre forte è rimasto il metodo terapeutico dove ancora sopravvive l'idea di regresso (Racamer 1980; Bollas 2015).

D'altra parte, è interessante notare come gli studi relazionali portati avanti negli anni '50 e '60 e l'idea della schizofrenia come risposta a un *trauma* o un *evento stressante* sono confluiti in una più vasta produzione che, riflettendo sulla dimensione sociale e culturale del disturbo stesso, ha scosso profondamente le fondamenta della psichiatria occidentale. In *primis*, produzioni cinematografiche come *The snake pit* (1948), *I never promised you a rose garden* (1977), *Diario di una schizofrenica* (1968) e, soprattutto, *Family Life* (1971), hanno favorito la circolazione tra il grande pubblico dell'idea della schizofrenia proposta dalla psicanalisi americana, ormai entrata nell'immaginario collettivo. Numerosi studi hanno infatti mostrato come ancora oggi tra le credenze più diffuse circa l'origine della malattia vi siano traumi infantili, disturbi familiari, condizioni sociali (Geekie e Read 2009, 98-106). *L'alogos* come figura del regresso scacciata dalla psichiatria ufficiale si è insomma insediata negli anfratti culturali limitrofi ed entra a far parte del senso comune costituendo una mitologia a sé con la sua propria storia di trasformazioni.

Nel frattempo, le idee nate nell'alveo della riflessione psicoanalitica divennero il punto di origine (sebbene a sua volta contestato) di un movimento di critica sociale alle istituzioni, alle famiglie e alla cultura occidentale che ha ribaltato completamente il rapporto malato/sano e schizofrenico/normale, tra-

sformando profondamente il modello dell'*alogos* che da figura dello stigma diverrà figura della *liberazione*.

2.2. *Moltiplicare la differenza: la vittima, la maschera e l'eroe*

Tra gli anni '60 e '70, mentre si assisteva alla crescita della psicofarmacologia e sempre più il paradigma organicista tornava in auge, iniziarono a diffondersi e acquisire popolarità crescente numerosi studi profondamente critici nei confronti del paradigma psichiatrico e delle correnti organiciste e psicanalitiche. Tale movimento critico che vedeva unirsi le teorie sulla sociogenesi della malattia mentale alle riflessioni dell'antropologia e della sociologia ha segnato pesantemente la storia della psichiatria concentrandosi sulla follia come fenomeno dal carattere profondamente sociale e dipendente dalle istituzioni, e sui soggetti schizofrenici come figure storicamente, socialmente e culturalmente situate.

Questi studi sono poi confluiti nel movimento teorico-politico che va sotto il nome di *antipsichiatria*, il quale ha combattuto la sua battaglia contro la psichiatria proprio sul concetto di *schizofrenia*, divenuta il simbolo dell'oppressione di un sistema, di segregazione e di limitazione della libertà. Nel movimento antipsichiatrico, lo schizofrenico (accanto a omosessuali, donne e abitanti delle colonie) è una *figura politica*, il *simbolo* di una resistenza a una egemonia capitalista soffocante. È in questi anni che la schizofrenia come problema viene sottoposto all'attenzione pubblica e la condizione dei pazienti ospedalizzati diviene argomento di contestazione: esempio di questo crescente interesse fu la protesta del Maggio del '68 a Parigi, in cui gli studenti assaltarono il Dipartimento di Psichiatria dove era direttore Jean Delay, il primo ad aver dimostrato la funzione terapeutica degli antipsicotici.

Di questi movimenti sarà necessario occuparsi perché, seppur oggi siano praticamente scomparsi e molte delle loro teorie si siano rivelate completamente infondate, essi hanno giocato un ruolo fondamentale nella storia culturale della figura dell'*alogos*. La *vittima*, la *maschera* e l'*eroe* sono altre tre figure della

schizofrenia che nascono da tentativi di ribaltamento della riflessione psichiatrica degli esordi, ma che finiscono per ribadire uno schema di fondo.

2.2.1. *Famiglia, istituzioni, cultura: la critica socio-antropologica alla psichiatria*

L'attenzione ai fattori ambientali, come abbiamo visto, è stata introdotta dalla psicanalisi americana. Il successo di questa visione portò da una parte all'adozione di terapie relazionali, dall'altra spinse verso studi per di più focalizzati su fattori socio-economici, che indagarono l'ambiente sociale in cui malati vivevano. I risultati furono controversi, ma ebbero come effetto positivo quello di avvicinare alla psichiatria figure professionali specializzate in altri campi: le ricerche erano infatti commissionate a etnografi, antropologi e sociologi che iniziarono a interessarsi alle condizioni dei pazienti psichiatrici. Proprio da questo avvicinamento provengono le teorie che saranno alla base del movimento antipsichiatrico.

La teoria del Double Binding di Gregory Bateson

A partire dagli studi etnografici e sociologici sulle condizioni dei pazienti, si sviluppò la famosa teoria del *double binding* di Gregory Bateson (Bateson *et al.* 1956), antropologo inglese che in quegli anni lavorava presso la clinica di Palo Alto. La *Double Binding Theory* concepisce la schizofrenia come il risultato di una comunicazione contraddittoria durante l'infanzia che produce nei bambini una situazione di incertezza costante caratterizzata da una incapacità di decidere. La teoria di Bateson poggia sulla teoria della comunicazione dei tipi logici di Russell che segna una netta discontinuità tra una classe e i suoi elementi, per cui una classe non può far parte dei suoi elementi e un elemento non può essere una classe. L'idea di base è che la comunicazione quotidiana viola continuamente questo principio logico, e questo accade

nel gioco, nell'umorismo, nella menzogna, nell'apprendimento (Bateson *et al.* 1956, 245-247). Per Bateson se la comunicazione raggiunge un livello di violazione di tipi logici molto elevato, allora produce uno scompenso a livello dell'io, cioè il soggetto non sarebbe più in grado di discriminare i modi comunicativi a un livello logico e cognitivo:

Secondo la nostra ipotesi, il termine 'funzione dell'ego' (nell'accezione adottata quando si dice che lo schizofrenico ha una «debole funzione dell'ego») è precisamente il processo di discriminazione tra modi comunicativi all'interno dell'io, ovvero tra l'io e gli altri. Lo schizofrenico manifesta debolezza in tre campi di tale funzione: a) ha difficoltà nell'assegnare il corretto modo comunicativo ai messaggi che riceve dagli altri; b) ha difficoltà nell'assegnare il corretto modo comunicativo ai messaggi, verbali e non verbali, che egli stesso esprime o emette; c) ha difficoltà nell'assegnare il corretto modo comunicativo ai suoi stessi pensieri, sensazioni e percezioni. (Bateson *et al.* 1956, 248)

Bateson riparte dunque dalla teoria psicanalitica della schizofrenia come debolezza dell'ego, ma fa dipendere questa debolezza dall'ambiente comunicativo in cui la persona è inserita. Gli schemi comunicativi che per Bateson generano l'adeguamento patologico sono quelli del *doppio vincolo* (o *doppio legame*), definito come uno schema comunicativo ripetuto nel tempo tra una vittima e una o più persone. In questi casi, una ingiunzione primaria, come ad esempio "Non fare questo, altrimenti ti punirò!", è presentata alla vittima, la quale entra in conflitto con un'ingiunzione secondaria più astratta, non verbale, che può contenere messaggi come "Non considerare la punizione come tale" o "non sono un castigatore!", in un quadro in cui vi è una terza ingiunzione che impedisce alla vittima di sfuggire alla contraddizione (ad esempio, durante l'infanzia l'ingiunzione tacita è di accettare la situazione familiare come data; cfr. Bateson *et al.* 1956, 250-251). La situazione del *doppio vincolo* causerebbe, quindi, una incapacità di capire gli altri, ma anche di esprimere i propri pensieri correttamente, generando una serie di risposte per calibrare lo stress comunicativo come, ad esempio, l'ap-

piattimento di ogni messaggio sul letterale (per evitare di dover discriminare tra i vari significati che un'affermazione può avere in un determinato contesto), la chiusura autistica e la fuga nella metafora. In definitiva, Bateson ritiene che lo stile comunicativo di un ambiente sia la fondamentale causa della schizofrenia, e che nella cultura occidentale l'unico ambiente in cui può svilupparsi un doppio vincolo tale da costringere il soggetto alla schizofrenia è quello familiare in particolare legato alla figura della madre (Bateson *et al.* 1956, 262-271)⁹.

A questo punto si può notare come anche le teorie sistemiche relazionali legate alle idee di Bateson, nonostante mutino l'eziologia della schizofrenia, continuano a considerarla alla luce della figura dell'*alogos*. Da una parte, infatti, la ripresa dell'idea dei disturbi dei confini dell'io di origine psicanalitica mantiene l'idea del regresso, mentre la teoria dei tipi logici e il pensiero contraddittorio rimarcano la forma del deficit razionale, espresso questa volta in problemi di comunicazione e di uso del linguaggio. Tuttavia, il tipo di opposizione semantica relativa al *deficit* inizia a cambiare forma: non è più soltanto l'individuo a presentare una comunicazione illogica, ma la sua intera famiglia, per cui l'*alogos* si sposta qui per la prima volta all'intero nucleo familiare schizofrenogeno, e lo schizofrenico risulta essere *vittima* di un ambiente. La famiglia è quindi la prima istituzione a essere sottoposta ad accusa. Ben presto si ritroverà in ottima compagnia.

L'ospedale psichiatrico come istituzioni totale: Asylums di Erving Goffman

Tra i sociologi ed etnografi coinvolti negli studi sull'ambiente psichiatrico il più conosciuto è senza dubbio Erving Goff-

⁹ In realtà la teoria di Bateson si evolverà nel tempo considerando anche il ruolo della componente genetica ed ereditaria nella generazione del disturbo, proponendo una teoria a doppia eziologia in cui sia la genetica sia la comunicazione hanno un ruolo. Questo rende l'accusa nei confronti delle famiglie certamente meno forte, ma pur sempre rilevante (Bateson 1960).

man. Dopo aver lavorato tre anni per il *National Institute of Mental Health* presso il centro di salute mentale di Washington D.C., Goffman decise di pubblicare i contenuti delle sue osservazioni. Nel 1961 questo lavoro è confluito nel libro *Asylums*, una vera e propria *pietra miliare* in ambito sociologico, capace di far riflettere intere generazioni sui sistemi di cura e di ispirare una produzione cinematografica di enorme successo come *Qualcuno volò sul nido del cuculo* (1975).

Negli ospedali psichiatrici Goffman ritrova le caratteristiche comuni a diversi sistemi di potere, ricavando un'astrazione paradigmatica che descrive il funzionamento di tutte le *istituzioni totali*, cioè quelli spazi fortemente e rigidamente limitati e organizzati (sanatori, ospedali psichiatrici, lebbrosari, prigionieri, penitenziari, campi di prigionia, lager) in cui vengono reclusi gli incapaci non ritenuti fonte di pericolo (vecchi, orfani, diversamente abili o indigenti) e i pericolosi per la comunità¹⁰ (Goffman 1961). Con *Asylums*, la malattia mentale diviene quindi il prototipo di ogni segregazione.

Nel libro Goffman si concentra sulle modalità in cui i manicomini dirigono, manipolano e irreggimentano le soggettività individuali attraverso le dinamiche del controllo sociale mostrando come tutto in queste istituzioni è volto alla mortificazione del Sé e all'espropriazione dei pazienti del loro ruolo sociale per sostituirlo con un altro interno all'istituzione attraverso quella che è definita una *carriera morale del malato mentale*¹¹. Il risultato del processo di ospedalizzazione è quello di inquadrare il ricoverato come paziente, non di guarirlo ma di perpetuare le categorie che lo hanno portato alla reclusione, *istituzionalizzandolo*. In questo senso il punto non è più se esista o meno un disturbo psichico nel paziente, ma come questo paziente interpreti il rapporto tra il

¹⁰ Le istituzioni totali includono per Goffman anche spazi creati per concentrare alcuni tipi di attività (caserme, navi, collegi) o in cui è possibile isolarsi volontariamente dal mondo (abbazie, monasteri, conventi, chiostri).

¹¹ Il malato mentale è definito in termini puramente sociologici come colui che è stato ammesso a un trattamento presso un ospedale psichiatrico, vengono quindi esclusi tutti coloro che pur soffrendo di disturbi psichici non vengono annessi all'istituzione totale.

sé, la società e il suo ruolo all'interno dell'istituzione. Alcuni disturbi e reazioni patologiche, come stati di apatia, silenzio, ritiro vengono secondo Goffman direttamente prodotte dall'ospedale e dalla sua dimensione simbolica. Parimenti, molti sintomi non sono altro che delle forme di adattamento causate da un ambiente che fa di tutto per espropriare il paziente dal proprio sé riducendolo ad oggetto dello sguardo medico e dell'istituzione.

In quest'ottica, il concetto di irrazionalità non è direttamente ascrivibile al paziente psichiatrico in quanto regredito, incomprendibile o deficitario, ma è il prodotto del sistema che lo etichetta come tale. Non v'è, cioè, il soggetto irrazionale e incomprendibile, ma un soggetto che è costretto a essere irrazionale e incomprendibile dalle istituzioni che dovrebbero occuparsi della sua cura, ma che in realtà vogliono semplicemente controllare la sua devianza. Per queste ragioni negli anni successivi alla sua uscita, *Asylums* divenne una delle bandiere del costruttivismo sociale della malattia mentale, sebbene una posizione così forte aveva in realtà poco a che fare con le idee dell'autore. Goffman, infatti, si riferisce sempre a una condizione sociologica del malato, e non asserisce mai esplicitamente che il disturbo mentale sia creato dall'istituzione, quanto piuttosto che la modalità di esperire sé stessi come malati dipenda da forme di relazioni di potere legate alla società. Nelle tesi di Goffman è quindi possibile vedere un'evoluzione e una prima modalità di superamento del concetto di *alogos* (sebbene Goffman parli di schizofrenia una sola volta in tutto il testo):

In questo momento la cartella clinica assume il suo ruolo. Essa fornisce il pezzo per ricostruire, sistematicamente, un quadro del passato del paziente che dimostri come il processo della malattia fosse lentamente infiltrato nella sua condotta, finché tutto il suo comportamento, come un intero sistema, non fu patologico. Un comportamento che sembra normale è visto semplicemente come una maschera o uno scudo per la malattia essenziale che sta dietro ad esso. Viene dato alla patologia un nome totalizzante come schizofrenia, personalità psicopatica eccetera, e questo fornisce un nuovo punto di vista sul carattere «essenziale» del paziente. (Goffman 1961, 342)

Per Goffman la follia è reclusa perché essa, attraverso una continua infrazione dell'interazione ordinaria, svela le incongruità del contesto, l'artificiosità delle regole del quieto vivere, smaschera cioè una "realtà" che è costruita da equilibri di potere. Ecco che allora se le istituzioni psichiatriche leggono i comportamenti normali dei pazienti come maschere che ne nascondo l'essenza patologica, i disturbi, Goffman grazie al suo saggio capovolge quest'ordine di rapporti e mostra come le psicopatologie, tra cui la schizofrenia, siano la *maschera* che la società impone alla follia per non guardarla negli occhi.

La schizofrenia come psicosi etnica: l'etnopsichiatria di Georges Devereux

Con la famiglia e gli ospedali psichiatrici, la terza istituzione a essere sottoposta a critica fu la cultura occidentale: nello stesso periodo, infatti, si diffuse progressivamente l'idea che la schizofrenia e le malattie mentali fossero il risultato di una determinata struttura socioculturale. Uno dei primi ad avanzare idee in tal senso fu Georges Devereux (1908-1985), antropologo considerato il fondatore dell'etnopsichiatria.

Sulla base dell'osservazione di società "primitive" e di società in via di sviluppo, Devereux identifica un rapporto tra schizofrenia e sviluppo culturale (Devereux 1939, 216-217). La cultura occidentale è secondo l'antropologo semplicemente troppo complessa e stratificata per poter favorire un apprendimento coerente e logico da parte dei suoi membri, mentre le culture primitive, essendo infinitamente meno complesse, permettono un adeguamento lento e progressivo. Da ciò deriva che l'individuo occidentale può descrivere il suo ambiente solo a partire da microrappresentazioni locali, che sono a loro volta soggette a un mutamento costante e repentino. Il risultato è che si procede ad astrazioni generalizzate a partire da un'ambiente di partenza che diventa subito desueto: «nella cultura moderna non ci rimane che diventare schizofrenici», scrive Devereux (1939, 229). Per l'antropologo alcuni individui sono portati a teorizzare circa

l'organizzazione della loro cultura con la finalità di favorire un adeguamento al proprio ambiente. Se tale forma di organizzazione è indefinita, allora ogni tentativo di teorizzazione risulta in un fallimento e in un'immagine frammentata e contraddittoria. Lo schizofrenico, in questo approccio, diviene un individuo che si perde nelle sue teorizzazioni nel tentativo di concettualizzare il suo ambiente a causa della complessità e della mutabilità di quest'ultimo. Ciò produrrebbe un disturbo del pensiero razionale e allo stesso tempo un regresso infantile (ivi, 232).

Da parte sua la cultura non solo causerebbe negli individui predisposti questo genere di scompensamento, ma sarebbe *strutturalmente organizzata* in modo da perpetuare le caratteristiche fondanti del disturbo:

Ora, la psicosi più diffusa nella società moderna è la schizofrenia. [...] Considero la schizofrenia quasi incurabile, non perché essa sia dovuta a fattori organici, ma perché i suoi sintomi principali sono sistematicamente mantenuti in vita da taluni dei valori più caratteristici, più potenti – ma anche più insensati e disfunzionali – della nostra civiltà. [...] Nello stesso senso, l'uomo moderno occidentale è condizionato dalla sua cultura a reagire ad ogni stato di stress con un comportamento apparentemente schizofrenico – con sintomi schizofrenici – e ciò anche quando il suo conflitto idiosincrasico reale non è affatto di tipo schizofrenogeno. Agisce così perché il segmento etnico della sua personalità contiene conflitti di tipo schizofrenogeno culturalmente strutturati. (Devereux 1965, 245-249)

Insomma, per Devereux l'individuo moderno apprende a essere schizoide all'interno del suo stesso ambiente a causa dei modelli della cultura occidentale che valorizza e nutre dei tratti che quando si presentano in forma abnorme sono indicati come propri della schizofrenia.

In definitiva, è possibile notare come anche in una teoria come quella di Devereux, radicalmente opposta agli approcci classici, permanga la figura dell'*alogos*: l'etnopsichiatria continua a pensare alla schizofrenia sotto una lente freudiana che la caratterizza come *forma di regresso* (ad es. tra i tratti tipici vi sono ritiro della libido, frammentazione dell'io, infantilismo).

Dobbiamo allo stesso tempo evidenziare che le teorie di Devereux trasformano radicalmente l'opposizione da cui si origina tale figura dell'*alogos*. Nell'ottica etnopsichiatrica, infatti, la schizofrenia non si oppone a un supposta normalità, ma è una manifestazione di tratti che sono perfettamente normati all'interno di un ambiente culturale: la "normalità" della cultura occidentale si fonda cioè su principi che sono già schizofrenici, per cui l'opposizione non è più normale vs anormale o razionale vs irrazionale, ma è una opposizione tra gradienti di intensità, uno *schema tensivo*, dove la schizofrenia è un tratto latente del nostro universo culturale che può manifestarsi in modi patologici.

La schizofrenia è quindi una forma di *psicosi etnica* che si manifesta solo in maniera più intensa negli "schizofrenici", mentre in realtà è prescritta per tutti dalla stessa organizzazione culturale. Questo trasforma in un duplice modo la classica figura dell'*alogos*. Da una parte, infatti, la cultura occidentale produce in potenza le psicosi attraverso una moltitudine di interpretazione conflittuali, è cioè schizofrenogena esattamente come l'ambiente familiare di Bateson: questo rende lo schizofrenico una *vittima* del suo ambiente culturale. Dall'altra, invece, la cultura ha la funzione di prescrivere e ordinare il comportamento individuale del folle, fornendo regole di comportamento e modelli di personalità che spingono le *vittime* a ricoprire il ruolo di schizofrenici: in questo senso, la schizofrenia assume anche la dimensione di *maschera* che avevamo rintracciato anche nelle teorie di Goffman.

2.2.2. Antipsichiatria e Schizofrenia

Gli studi appena presentati riscossero un grande successo e si diffusero rapidamente: psicologia sistemica e relazionale, sociologia ed etnopsichiatria fornirono negli anni '60 e '70 gli elementi per riflessioni profondamente critiche verso la psichiatria, in particolar modo verso il modello organicista ormai maggioritario. Ci si riferisce in termini generali a queste po-

sizioni critiche con il termine *antipsichiatria*, un movimento profondamente influenzato da un pensiero politico di sinistra, che combatte contro il concetto di malattia mentale, l'ospedalizzazione forzata, la forma e l'organizzazione manicomiale, il ricorso frequente a neurolettici, il legame tra psichiatria e industria farmaceutica, etc.. In questo quadro, vengono capitalizzate le figure dell'*alogos* in quanto vittima e maschera, e la schizofrenia viene sempre più considerata come niente di più che «a label applied to non-normative behaviour, a rational response to psychiatric incarceration, and a direct product of maternal and family relationships if not capitalist society in general» (Woods 2011, 129).

La categoria di antipsichiatria è però decisamente ambigua e vaga, e si regge principalmente sull'opposizione di alcune teorie alla psichiatria ufficiale, tanto che tra gli antipsichiatri vengono in genere annoverati studiosi e clinici con idee e formazioni completamente diverse, quando non opposte. Dal nostro punto di vista conviene quindi differenziare tra posizioni critiche vicine all'antipsichiatria e l'antipsichiatria propriamente detta, cioè quella limitata principalmente all'esperienza inglese degli anni '60-'80.

La nascita dell'antipsichiatria: la schizofrenia per David Cooper

La parola *antipsichiatria* è stata introdotta per la prima volta nel 1967 dallo psichiatra sudafricano David Cooper nel libro *Psychiatry and Antipsychiatry*. Cooper era uno psichiatra profondamente animato dalla teoria marxista e convinto sostenitore dell'idea che la psicosi e la malattia mentale non siano altro che il risultato dell'alienazione derivata da un contrasto tra la vera identità personale e quella sociale sovrainposta dal capitalismo attraverso la struttura familiare.

Esempio su cui costruire ed esprimere questa teoria è, ovviamente, la schizofrenia, considerata come il risultato più lampante dell'alienazione imposta:

Le famiglie sono le intermediarie della realtà sociale nei confronti dei loro figli. Se la realtà sociale in questione è ricca di forme sociali ordinate, allora questa alienazione sarà trasmessa all'individuo adolescente e verrà sperimentata come estraneamento nei rapporti familiari. [...] Le famiglie dei malati di mente definiti schizofrenici, manifestano questa sorta di alienazione ed estraneamento in una forma particolarmente intensa. È in un senso molto concreto che il problema della schizofrenia e il problema dell'alienazione e dell'estraneamento all'interno delle famiglie sono identici. (Cooper 1967, 58-59).

Se il capitalismo è motore dell'alienazione e la famiglia è canale attraverso cui questa alienazione si interiorizza, e se l'interiorizzazione dell'alienazione corrisponde alla schizofrenia, ne consegue che tutti gli individui sottoposti al sistema capitalistico e alla famiglia occidentale siano in qualche modo schizofrenici.

Se si considera il problema della schizofrenia in questo modo, come il problema costituito da una persona alla quale l'esistenza viene succhiata via dagli altri o che esprime da sé fuori di sé la propria esistenza (in amorosa accettazione del rapace ingerire degli altri) di modo che alla fine nulla le resta per sé ed essa è completamente per l'altro; allora si deve concludere che, se finire in manicomio rappresenta un destino particolare, la schizofrenia è un rischio comune. (ivi, 68)

Nessuna terapia è valida per curare la schizofrenia, giacché l'ambiente stesso in cui è inserito l'individuo è schizofrenogeno: unica soluzione possibile rimane quella di mutare gli assetti sociali della famiglia occidentale, trasformandola in una organizzazione di individui che combatte l'alienazione del capitale attraverso la difesa delle soggettività individuali. Soluzione temporanea a questo problema è invece quella di istituire delle *comunità terapeutiche*¹² che sostituiscano due istituzioni

¹² L'esperimento delle comunità terapeutiche era in effetti già iniziato in quella che era la comunità più conosciuta di quegli anni: la Kingsley Hall, in cui la "Philadelphia Association" (un nutrito gruppo di antipsichiatri inglesi tra cui anche Cooper) aveva

promotrici dello stato di alienazione: la famiglia e l'ospedale psichiatrico.

Rimane nella concezione di schizofrenia di Cooper, anche se profondamente modificata, l'idea di regresso, in questo caso decisamente più impregnata di esistenzialismo che di psicanalisi (la schizofrenia è il problema di un soggetto che si perde nel suo sé alienato). La causa della schizofrenia è invece decisamente spostata verso la cultura e l'organizzazione sociale. Pertanto, anche in Cooper come in Bateson e Devereux lo schizofrenico è *vittima*.

Non vi può essere sanità mentale in un mondo sociale che fa di tutto per annientare e alienare gli individui per sottometterli al potere del capitalismo. Dunque, anche qui l'opposizione tra normalità e anormalità non è più valida, lo schizofrenico è il frutto di una società schizofrenogena. Si noti però che Cooper ricorre a una spiegazione che non fa appello alle *strutture culturali* che sorreggono la società occidentale come in Devereux, ma alle *strutture economiche* come motori dell'organizzazione sociale, e, in questo senso, la sua idea di schizofrenia come problema socioculturale è molto più vicina alla psichiatria sovietica che all'etnopsichiatria. In questo sta la politicità assoluta dell'antipsichiatria di Cooper, in cui l'opposizione tra normale e anormale si sposta su un altro livello, ovvero quello della società, dove i parametri che prima fungevano da polo *euforico* della differenza (ad esempio in Kraepelin la capacità di lavorare, di agire efficacemente nel mondo sociale, di ricoprire ruoli funzionali) vengono ora messi sotto accusa e divengono il polo *disforico*: è la società stessa a essere schizofrenica e viene opposta a un tipo di società come *comunità* che non aliena gli individui ma permette loro di sviluppare un vero sé. Così, l'opposizione *sanità vs malattia* non si ritrova più nelle figure

iniziato una serie di terapie per pazienti schizofrenici non fondate sulla somministrazione farmaceutica né sulla reclusione, ma sulla vita in comunità, dove si insegnava ai pazienti a usare il proprio disturbo come uno strumento per scoprire sé stessi, come testimoniato dal romanzo autobiografico dell'artista Mary Barnes, prima paziente della comunità (Barnes e Berke 1971).

individuo normale vs schizofrenico, ma capovolta nelle figure *comunità vs società capitalista*.

La politica dell'esperienza e l'alogos come eroe romantico

La fama dell'antipsichiatria si deve in particolare allo psichiatra Ronald D. Laing, celebre autore del libro *The divided self* (1960) e la figura più controversa e affascinante dell'intero movimento antipsichiatrico. Nel suo libro più antipsichiatrico, *The politics of experience* (1967), Laing presenta un'argomentazione teorico-politica, orientata molto più alla prassi che alla descrizione e comprensione dei disturbi mentali. La riflessione di partenza è molto simile a quella espressa da Cooper, ma prenderà una strada ancora più radicale. Nel libro Laing parte da un'opposizione tra autenticità e naturalità che si manifesta nell'assenza dell'alienazione, e una artificialità dei sistemi sociali che impedisce a tutti, incluso Laing, di accedere alla dimensione naturale, costringendoci a vivere nello stadio alienato della follia e del delitto:

Nessuno oggi, uomo o donna, può mettersi a pensare, sentire ad agire se non partendo dalla propria alienazione [...]. Siamo tutti assassini e prostitute, quale che sia la cultura, la società, la classe, la nazione cui apparteniamo, e per quanto normali, morali o maturi ci riteniamo. L'umanità è estraniata dalle sue possibilità autentiche. (Laing 1967, 8-9)

In questo caso l'alienazione assume un carattere più universale non solo legato alla società capitalista ma a qualsiasi forma di organizzazione umana che priva ogni individuo della sua autenticità, cioè l'esperienza pura del soggetto come centro di orientamento e di azione, in cui interno ed esterno, comportamento, pensiero, sogno, rapporto con gli altri sono un tutt'uno. Opposta a questa esperienza pura vi è la politica come elemento di violenza che irreggimenta l'esperienza e la categorizza attraverso opere di repressione, negazione, scissione, proiezione, introiezione (ivi, 24).

La politica, dunque, attraverso la famiglia, l'educazione, il concetto di *amore*, è il motore dell'alienazione e produce sempre una scissione e deumanizzazione del sé: il centro di esperienza stessa viene inteso solo come *ego* oggettivato, oggetto fittizio prodotto dall'alienazione che crea una scissione sempre patologica (ivi, 48). Non c'è dunque sanità e malattia, la società produce una scissione che può manifestarsi in maniera "normale" o "anormale", dove l'anormale è solo la forma statisticamente meno frequente che viene etichettata dalla "normalità" come stato deviante della follia. Obiettivo della psicoterapia è allora quello di tornare alla nuda presenza; giacché non vi sono né malati né sani ma solo identità già scisse, la relazione psicoterapeutica cura proprio spingendo alla consapevolezza che, per tutti, «*il terribile è già accaduto*» (ivi, 53).

Nell'ottica di Laing, dunque, la schizofrenia non può essere considerata una malattia, perché è solo un'etichetta la cui causa è il sistema sociale; non si tratta di un disturbo più di quanto non sia disturbo quello di qualsiasi altro individuo alienato. Secondo Laing, se osserviamo le modalità attraverso cui gli psichiatri trattano, studiano, si avvicinano agli schizofrenici, senza far riferimento al contesto in cui essi operano, ci renderemo conto che gli psichiatri non sembrano meno folli dei loro pazienti (ivi, 107). La schizofrenia non è altro che un tipo di adattamento a un ambiente ostile, «una strategia speciale che una persona inventa allo scopo di vivere in una situazione in cui non può vivere» (ivi, 114). Allo stesso tempo, seppure Laing ritenga che la schizofrenia sia in qualche modo un disturbo maladattivo, la giustifica a partire dalla stessa impostazione della sua teoria: se infatti la schizofrenia è una via di fuga da un ambiente sociale considerato ostile, e quell'ambiente sociale è malato nella sua normalità, allora la schizofrenia è un processo volto a districarsi dalle patologie imposte dalla società, è una modalità in cui il soggetto cerca di riappropriarsi di sé.

Da un punto di vista di osservazione ideale si può osservare da terra una formazione di aeroplani. Può darsi che un aeroplano sia fuori formazione; ma l'intera formazione può essere fuori rotta. L'aeroplano che è fuo-

ri formazione può essere anormale, in errore o "impazzito" dal punto di vista della formazione; ma la formazione stessa può essere un errore o "impazzita" dal punto di vista dell'osservatore ideale, inoltre l'aereo che è fuori formazione può essere più o meno fuori rotta di quanto lo sia la formazione stessa. [...] *Se la formazione si trova fuori rotta l'uomo che sa veramente rimettersi in rotta deve lasciar la formazione.* (Laing 1967, 119, corsivi dell'autore)

La condizione che chiamano schizofrenia, per Laing, non è altro che un'etichetta, una teoria, qualcosa che deve essere ancora compresa nelle sue implicazioni anziché essere ridotta a una *carriera* nelle istituzioni psichiatriche, motore di ulteriore alienazione. Quello che si deve fare è invece assecondare il modo in cui il disturbo si esprime nella sua *forma naturale*: in questo senso la schizofrenia non sarebbe altro che una forma di smarrimento in un viaggio che l'umanità alienata ha dimenticato, un viaggio interiore in cui non vi sono appigli, un viaggio che cerca la naturalità perduta e che conduce a una esperienza trascendentale. Laing chiamerà questo viaggio *metanoia* e lo paragonerà alle esperienze di *trip* da LSD. Se il *trip* è buono allora porta a una scoperta, se è cattivo allora è distruttivo e doloroso: quello che influenza il *trip* è l'ambiente (Laing 1968), per cui bisogna aiutare i pazienti a vivere questo viaggio nel giusto ambiente della comunità e sottrarli agli ospedali psichiatrici.

La schizofrenia non è dunque il problema, ma un modo di combattere il problema dell'alienazione, che va assecondato e interpretato, con cui bisogna confrontarsi in quanto portatore di una verità antecedente alla scissione dell'io (Laing 1967, 162-165). Il libro si conclude con questa idea di schizofrenia come una esperienza romantica del sublime (Woods 2011, 141), una perdita trascendentale del sé per ritrovarsi nell'autenticità dell'esperienza.

Laing fa allora un passo ulteriore rispetto a Cooper. L'opposizione tra società capitalista e comunità muta nuovamente per impostare una opposizione tipicamente romantica in cui la società tutta si oppone all'esperienza individuale (politica vs esperienza), dove la prima è valorizzata disforicamente e la seconda euforicamente. Non solo, in Laing muta anche la figura

dell'*alogos*, che diventa il polo positivo dell'opposizione. Se la psichiatria classica ha sempre opposto individuo normale e *alogos*, e se etnopsichiatria e Cooper oppongono l'*alogos* e l'individuo normale per intensità della follia e non per la sua presenza/assenza, per Laing la follia schizofrenica non è un disturbo, ma un tentativo di liberazione dalle catene dell'alienazione per raggiungere il valore positivo dell'*autenticità dell'esperienza*.

L'*alogos*, da sempre bistrattato, acquisisce in Laing tutte le figure fin qui studiate. Rimane *deficitario*, *regredito*, *incomprensibile*, dove questi tratti non sono affatto negativi, ma positivi, poiché: a) il deficit è un deficit di alienazione, lo schizofrenico infatti manca della crudeltà a cui siamo costretti tutti dal mondo sociale:

Senonché l'adattarsi socialmente ed una società malata di disfunzioni può essere molto pericoloso: il pilota di un bombardiere, perfettamente adattato, può costituire un pericolo ben maggiore per la sopravvivenza della specie che non lo schizofrenico internato, convinto che la bomba sia dentro di sé. (1967, 120)

b) la sua *regressione* è una regressione dentro di sé, un ritorno al suo vero io che lo porta a una maggiore autenticità; c) l'*incomprensibilità* è la sua capacità di accedere e viaggiare verso la trascendenza, azione preclusa ai "normali". Inoltre, l'*alogos* è anche d) *vittima*, in quanto soggetto all'alienazione, ed è e) *maschera* perché le sue possibilità di espressione sono ridotte e vincolate dall'ambiente psichiatrico. Queste cinque figure dell'*alogos* nell'antipsichiatria di Laing si fondono in un'unica che le raccoglie: l'*alogos* è l'*eroe romantico dell'autenticità*, stigmatizzato dalla normalità alienata ma pronto a svelarci attraverso il suo viaggio il significato della trascendenza dell'io¹³.

¹³ Un altro importante testo che raffigura lo schizofrenico come *eroe filosofico* è l'*Antiedipo* di Deleuze e Guattari (1972). I due autori dividono la schizofrenia come figura clinica dalla schizofrenia come concetto filosofico, ponendo quest'ultima come modalità di funzionamento della produzione di desiderio, capace di far saltare qualsiasi organizzazione di potere attraverso una creazione continua di nuove forme. La schizofrenia in questo quadro è una proprietà del sistema e non degli individui. Non è il caso

Il simbolo sacro: Thomas Szasz e la negazione dell'alogos

Nonostante sia spesso annoverato come uno degli esponenti dell'antipsichiatria, Thomas Szasz non è un'antipsichiatra, rappresenta anzi forse la posizione più estrema nei confronti di ogni genere di psichiatria (Szasz 2009). Per lo psichiatra ungherese, infatti, non esiste nessuna scienza chiamata psichiatria: essa è una metafora attraverso cui l'umanità cerca di risolvere alcuni problemi della vita di tutti i giorni. Per lui la malattia mentale, semplicemente, non esiste, o perlomeno non si tratta di una malattia in nessuno dei sensi in cui si possa intendere la parola.

Pur avendo condiviso tante posizioni con gli antipsichiatri (es. rifiuto ospedalizzazione, opposizione organicismo, accento sul contributo del sistema culturale cultura), a differenza degli stessi, la sua azione non ha avuto un carattere marcatamente politico né filosofico: Szasz è stato un libertario che identificava nella psichiatria un lavoro capace di aiutare le persone a riassumere la capacità di agire in maniera etica nell'ambiente sociale.

La sua opera fondamentale *The Myth of Mental Illness* (1961) costituisce un punto di riferimento della psichiatria americana di quegli anni. L'idea di Szasz è molto semplice ma di un grande impatto: la malattia mentale è una metafora, in realtà non esiste. Tutto l'apparato teorico della psichiatria altro non è che un grande esempio di nominalismo, in cui parole e cose non corrispondono affatto, anzi, le parole della psichiatria non hanno fatto altro che peggiorare la situazione dei pazienti psichiatrici. Confondere i problemi dei pazienti con le malattie ha fatto sì che essi venissero trattati come malati da curare e non persone da reinserire nella società, generando un potere psichiatrico antilibertario e coercitivo, capace di violare ogni diritto dell'essere umano. Per Szasz, quello che gli psichiatri normalmente chiamano malattia mentale altro non è che un *comportamento deviante e fuori norma*, una forma di comuni-

di trattare qui l'argomentazione dei due autori visto che necessiterebbe un inquadramento teorico dell'intero approccio dei due autori non indispensabile per comprendere i destini dell'*alogos* nel dominio psichiatrico.

cazione, di protolinguaggio, espresso da chi non è in grado di utilizzare dei canali normali di comunicazione. Molto spesso è la cultura che mette a disposizione un repertorio di comportamenti che il paziente può adottare per manifestare il suo *problem of living*; del resto, tale repertorio può anche essere utilizzato per mentire e fingere di avere una malattia psichiatrica per evadere il lavoro, per avere supporti economici, o per essere compatiti e giustificati a causa della “malattia”.

Nel 1976, Szasz dedica una intera opera al concetto di schizofrenia estendendo il suo paradigma a quella che definisce il *simbolo sacro della psichiatria*:

Il simbolo che più specificamente caratterizza gli psichiatri come membri di un gruppo particolare di medici è il concetto di schizofrenia; il rituale che più chiaramente li distingue è la diagnosi di questa malattia in persone che non vogliono diventare loro pazienti. Quando un prete benedice l'acqua, la fa diventare santa, e, in tal modo, portatrice dei più benefici poteri. In modo analogo, quando uno psichiatra maledice un essere umano, esso diventa uno schizofrenico, e, in tal modo, portatore dei più malefici poteri. Come «divino» e «demoniaco», «schizofrenico» è un concetto meravigliosamente vago nel suo contenuto e terribilmente spaventoso nelle sue implicazioni. (Szasz 1976, 16-17)

Per Szasz la schizofrenia è il mito più grande che la psichiatria abbia inventato e il perno su cui essa si regge, ma in realtà “schizofrenia” è solo una parola, una malattia inventata, così come «la Coca Cola è un nome di una bevanda inventata dal tizio che l'ha prodotta» (ivi, 19). Con questo, Szasz vuole intendere che, non essendoci nessun processo psicopatologico sottostante, tutto quello che hanno fatto Kraepelin e Bleuler è stato inventare la malattia ricavandola da un'osservazione di comportamenti che sono semplicemente devianti dalla norma e non patologici.

La critica di Szasz si muove prima verso gli psichiatri classici, e poi verso gli antipsichiatri. Gli antipsichiatri negano la malattia mentale per poi proporre di curarla in comunità costosissime, ma in realtà non fanno altro che vittimizzare un

comportamento e giustificarlo alla luce di una critica verso una società di cui essi stessi fanno parte.

Per lo psichiatra, lo «schizofrenico» è una vittima di una inafferrabile malattia del cervello, come la neurosifilide; per lo psicoanalista, è vittima di un Io debole o di un forte ES o di una combinazione di entrambi; per l'antipsichiatra è la vittima di una famiglia oppressiva e di una società malata. Ciascuna di queste dottrine e culti diminuisce il «paziente» e distorce ciò che la persona è realmente; ognuna di esse nega che egli possa fare un atto di definizione chiarificatrice di sé. (ivi, 58-59)

Quella di Szasz è una meta-teoria critica della schizofrenia e della psichiatria, per cui non è più la schizofrenia a essere il problema della psichiatria, ma al contrario è la psichiatria a essere il problema della schizofrenia proprio perché la pone come problema da risolvere. Va da sé che non v'è spazio in Szasz per la figura dell'*alogos*, che rimane un simulacro discorsivo senza nessun appiglio reale: tutto il discorso che vi ruota attorno e i decenni di studi non sono altro che il frutto di un grande fraintendimento, che consiste nell'ipotizzare che una tale figura esista in qualche modo. L'*alogos* è una invenzione degli psichiatri per giustificare l'esistenza della psichiatria e per ottenere posizioni accademiche e di prestigio, non v'è nessuna follia perché non c'è alcuna psichiatria che possa porla come tale. L'identità dell'*alogos* è qui negata, ridotta a pura *maschera* discorsiva, o meglio è riportata a quello che Szasz definirebbe un mito preso così sul serio da diventare il *simbolo sacro* della psichiatria. Da figura della *maschera* applicata dalla psichiatria agli individui sofferenti, la schizofrenia diviene qui la *maschera* che la psichiatria dà a sé stessa.

2.3. Alcune riflessioni a partire dalle figure dell'*alogos*

In questo lungo percorso abbiamo mostrato come la storia semiotica della schizofrenia si sia ramificata e cristallizzata in diverse figure discorsive: da una parte la riduzione della schizo-

frenia ad *alienità*, a dimensione oggettivata, ha prodotto le due figure del *deficit* e del *regresso*; dall'altra parte, ogni tentativo finora analizzato di sottrarre la schizofrenia alla psichiatria clinica e alla psicanalisi non ha fatto altro che contribuire a formare e a nutrire figure portatrici di altrettante forme di differenziazione. Quando si è voluto rendere lo schizofrenico una *vittima*, allora si è semplicemente spostato lo *stigma* sulla famiglia, sulla società, sulla cultura, accusate di produrre i tratti dell'alienazione; quando si è voluto mettere in evidenza il carattere di *alterità* della schizofrenia, essa ha assunto i caratteri dell'*alterità* come forma di *incomprensibilità assoluta*. Laddove l'operazione critica verso la psichiatria ufficiale è stata più forte e radicale, si presentano i maggiori problemi dal punto di vista teorico e pratico. La figura dell'*eroe dell'autenticità* si fonda su un paradigma esistenzialista impregnato di filosofia *new age*, che ha i caratteri del misticismo e della teologia più che di una possibile spiegazione del disturbo, per cui, in fin dei conti, per sottrarre la schizofrenia alla dimensione dell'alienazione psichiatrica si è arrivati a dire che gli *alienati* sono tutti gli altri e a esaltare l'esperienza schizofrenica come se fosse un dono (caratterizzandola come forma di *alterità assoluta* ma valorizzata positivamente). Un tentativo di tipo diverso è stato, invece, quello di sottrarre la schizofrenia alle figure dell'*alogos*, denunciando il disturbo col suo carattere di *maschera* socialmente fabbricata dalle istituzioni per incasellare un tipo particolare di comportamento che in sé non ha nulla di patologico e negando quindi la sua esistenza.

Ci siamo ritrovati, a conti fatti, a muoverci all'interno della stessa opposizione che abbiamo mostrato nel primo paragrafo fra la schizofrenia come *fatto* e la schizofrenia come *feticcio*: spesso le teorie presentate hanno giocato su questa differenza, motivando la propria costruzione teorica come se fosse un *fatto* e accusando le altre di delineare, invece, dei *feticci* (Latour 1996). Siamo quindi costretti ad ammettere di trovarci in un vicolo cieco? Non c'è altra alternativa per procedere nella riflessione che sposare una delle figure dell'*alogos*?

Se così fosse, non ci sarebbero ragioni valide per rinunciare all'unico discorso che al momento permette un avanzamento

nella conoscenza del disturbo e nell'intervento terapeutico attraverso metodi misurabili e controllabili. Tutti gli approcci citati, infatti, si sono nel tempo scontrati, soccombendo, contro il modello organicista e oggettivante. Se da una parte è vero che tale modello presenta delle problematicità, è altrettanto vero che a questo stesso modello dobbiamo la maggior parte delle conoscenze che abbiamo sul disturbo e sul suo trattamento: ad esempio, proprio grazie al modello scientifico della psichiatria si è mostrato attraverso analisi quantitative l'inconsistenza di ipotesi come quelle dell'origine ambientale della schizofrenia, e si sono sviluppati farmaci di nuova generazione senza i quali nessuna terapia alternativa sarebbe possibile. Se vogliamo quindi accantonare l'idea della schizofrenia come *deficit* non possiamo basarci semplicemente sulla critica concettuale alla psichiatria, ma è necessario fornire una possibile alternativa che non sposti il problema della schizofrenia dove più piace, o che arrivi addirittura a una sua negazione. La vera ragione per cui il paradigma attualmente maggioritario in psichiatria è quello neurocognitivo è che, tra quelli citati, è uno dei pochi che al momento riesca a fornire una plausibile spiegazione delle cause del disturbo e dati verificabili, nonostante le criticità e i limiti, che pur ci sono.

Se si vuole uscire da questa *impasse* non riducendo la schizofrenia a un discorso su deficit di processi cognitivi e cerebrali, e allo stesso tempo non cadendo in eccessi contrari decisamente meno efficaci, è necessario un percorso critico di altro tipo, che prenda in considerazione in un quadro più vasto le dimensioni della cultura, della società, dell'esperienza dei pazienti e dello studio dei processi cerebrali (anche con le criticità evidenziate). C'è ancora possibilità d'intervento, sui destini dell'*alogos*.

Capitolo 3

Verso la comprensibilità: per una semiotica dell'alterità

La disamina critica effettuata nel capitolo precedente ci spinge ora a effettuare un passo ulteriore: è necessario tentare una riflessione alternativa, una strada possibile che ci permetta di approfondire le modalità attraverso cui l'universo schizofrenico abita e dà forma al senso. Per far questo non sarà sufficiente appellarsi a quei discorsi psichiatrici che cercano di dare una forma alla schizofrenia contemplandola dall'esterno, con uno sguardo che rimane, in tutti gli approcci già considerati, in qualche modo oggettivante. Il capitolo ha quindi l'obiettivo di fondare un *percorso della comprensibilità*: un riferimento teorico necessario a una semiotica dell'*alterità schizofrenica*.

3.1. *Superare il mito dell'irrazionalità*

La ricerca di una strada di accesso all'esperienza schizofrenica non può che partire dall'approccio proposto dalla *psicopatologia fenomenologica*. Già nelle tesi di Jaspers, in realtà, sono rintracciabili elementi che possono permettere un'uscita dall'*impasse* dell'*alogos*: la comprensione del disturbo psichico infatti, per lo psicopatologo, passa a) per una messa da parte di ogni pregiudizio e b) per l'ascolto diretto dell'esperienza del paziente. Un modello di questo tipo ha già in sé la forza di uscire da un approccio psichiatrico che considera il paziente semplicemente come oggetto di conoscenza e di teorizzazione. Il vantaggio di questo metodo è quello di far entrare il paziente come agente attivo all'interno del sistema che lo definisce attraverso la valorizzazione della sua parola in quanto portatrice di

una verità circa il disturbo. Il problema con Jaspers è che, come abbiamo notato, la schizofrenia costituisce il limite *incomprensibile* di questo modello. Tuttavia, è doveroso notare come la tradizione della psichiatria fenomenologica ha continuato a riflettere sul concetto di *incomprensibilità* sottoponendo a critiche profonde questa idea. Da una parte, infatti, alcuni autori della tradizione fenomenologica non identificano in Jaspers un loro rappresentante, vedendo in lui principalmente uno psichiatra che ha preso in prestito la terminologia fenomenologica per puri fini nosografici senza trarre i giusti insegnamenti dalla filosofia di Husserl (Tatossian 1979)¹. Dall'altra, sempre più la psicopatologia filosofica contemporanea cerca di ripensare alcuni elementi problematici delle tesi di Jaspers. Ad esempio, quello che Jaspers poneva come un limite epistemologico si è trasformato nella tradizione successiva in un portato *etico* della psicopatologia (Stanghellini 2013), per cui il paziente schizofrenico non rappresenta un ostacolo alla comprensibilità, ma il limite a cui tendere:

se guardiamo il teorema jaspersiano dell'incomprensibilità dalla prospettiva dell'etica (anziché dell'epistemologia) esso imposta il programma per un tipo di cura clinica basato sull'approssimazione, sulla coesistenza, ed esorta i clinici a navigare lo spazio che li separa dal paziente nella consapevolezza della inattingibilità dell'alterità dell'altro. (Stanghellini 2018, 215).

Bisogna raggiungere la comprensibilità e questo bisogno innesca un tentativo dialettico che utilizza tutti gli elementi a disposizione dello psichiatra per trovare un *sensu*, un margine di afferrabilità dell'esperienza patologica. Se concepito in questo modo, il progetto di una psichiatria fenomenologica ci appare esibire un atteggiamento profondamente semiotico: l'impresa semiotica, infatti, riconosce esattamente nella negoziazione dei significati, nella loro traduzione, nella possibilità di dialogo

¹ La psichiatria fenomenologica propriamente detta sarebbe dunque nata solo dopo, grazie ai lavori di Minkowski e Binswanger.

gli elementi costitutivi del suo sforzo etico, quello sforzo che rende i semiotici in grado di «conoscere l'Altro, cogliendone il "genio", la specificità e al contempo tutto quanto può avere in comune con noi - al punto da interessare con lui un dialogo» (Lorusso 2010, 113-114).

3.2. *L'approccio fenomenologico alla psichiatria tra descrizione e spiegazione*

Dobbiamo interrogare dunque l'approccio fenomenologico affinché ci aiuti a superare una serie di pregiudizi psichiatrici aprendo lo spazio per una analisi della schizofrenia che provi a descriverne il *sensu* per come esso si manifesta nella vita dei pazienti. Secondo Borgna (1995; 2019) il potere della fenomenologia, consiste proprio nel fornire una via d'uscita dalla Scilla della *psichiatria organicista* e dalla Cariddi della *socioiatria*, appellandosi invece a una forma di incontro con il paziente non medicalizzata, che lo metta al centro in quanto persona.

Il senso della psichiatria fenomenologica è esattamente questa messa tra parentesi, l'*epochè*², di ogni pregiudizio psichiatrico, di ogni forma di precondizione esplicativa del disturbo, che permette una forma di osservazione e descrizione basata sull'esperienza. Non si insisterà mai troppo su questa caratteristica: il paziente non è un malato, non va cioè studiato e trattato come se fosse un meccanismo rotto o malfunzionante, ma un essere umano, un'esistenza (Binswanger 1963; 2018). Il compito della psichiatria è quello di comprendere le strutture dell'esperienza per come si danno e articolano nei diversi soggetti. Gli esseri

² La forma di *riduzione fenomenologica* consiste nella sospensione del *giudizio naturale* (Husserl 1924; 1936). La sua applicazione in psichiatria risulta tuttavia oggetto di dibattito. Da una parte, infatti, si richiama direttamente la nozione di *epochè* di Husserl (Stanghellini e Aragona 2016; Davidson 2003), dall'altra invece si ritiene che la nozione di *epochè* non sia adatta al tipo di impresa psichiatrica perché sposta il focus da un ramo della fenomenologia applicata alla riflessione trascendentale di tipo *teoretico* complicando inutilmente il quadro ed esponendo a rischi di cattive interpretazioni dei testi husserliani (Zahavi 2021).

umani non sono così malati o sani, visto che questa differenza si fonda su una normatività idealizzata o statistica che ha una sua validità soltanto relativa (Tatossian 1979). L'individuo con disturbi si trova in una condizione di esistenza (o esperienza) diversa da quella in cui si trovano gli altri che genera sofferenza, ed è questa condizione o *modalità di esistenza* che va indagata attraverso il dialogo terapeutico (Binswanger 1956). La cura in questo approccio consiste nella *ricerca del significato* del mondo del paziente, che è sempre un *mondo vissuto* (*Lebenswelt*) dotato di un suo *sensu* da scoprire e indagare come se fosse un territorio inesplorato.

Le modalità attraverso cui il paziente esprime il suo mondo sono esattamente quelle che gli altri approcci psichiatrici chiamano *sintomi*. Per la psichiatria fenomenologica il carattere sintomatico di una manifestazione patologica non va rintracciato nella sua correlazione a un disturbo dell'organismo, ma diventa una forma attraverso cui si organizza il senso dell'esperienza di un determinato soggetto: esso è principalmente *fenomeno*. Ne deriva un ovvio assottigliamento della differenza tra malato e sano, poiché il sintomo non è affatto un fenomeno tutto-o-niente, ma va collocato sempre in una storia individuale carica di senso e può presentarsi tanto in uomini che potrebbero essere definiti normali tanto in quelli che sono definiti folli. Il lavoro fenomenologico è proprio quello di cercare in questo repertorio di senso, in questi *sintomi* dei pazienti, che non sono altro che *il prodotto di un bisogno di auto-interpretazione rispetto all'incontro con esperienze disorientanti* (Stanghellini 2018, 209), i *nuclei fondamentali* capaci di spiegare e offrire una descrizione efficace di un determinato disturbo. Per far questo lo psichiatra si deve dotare di due armi fondamentali: a) una capacità di *comprensione* che gli permetta di cogliere il fenomeno dal *punto di vista del paziente* (che diventa così il centro di ogni terapia, in quanto l'unico in grado di permetterci un accesso alla sua esperienza), b) di una capacità di *traduzione e interpretazione* di un determinato fenomeno attraverso lo sguardo fenomenologico (Blankenburg 1971, 31).

La psichiatria fenomenologica, o *fenomenologia clinica* (Di Petta e Rossi Monti 2018; Molaro e Stanghellini 2020), non si è

costruita nel tempo come disciplina unitaria, ed è stata spesso frammentata da dispute interne. Nei circa cento anni intercorsi dalla sua nascita, ogni terapeuta ha sviluppato la sua forma di fenomenologia, nutrita da una schiera mutevole di autori di riferimento molto spesso in conflitto teorico l'uno con l'altro. Spesso si è assistito alle accuse di deviazione dal progetto originario, di troppa lontananza dallo spirito husserliano, di elezioni ed estromissioni di autori basate su polemiche di scuola. Negli ultimi trent'anni qualcosa è cambiato: ci sono stati forti spinte all'integrazione da parte della psichiatria tedesca (Kraus, Fuchs), americana (Sass), danese (Parnas) e italiana (Ballerini), che sono riuscite nell'arduo compito di creare una *koinè disciplinare* internazionale, capace di raccogliere tutte le riflessioni di filosofi e psichiatri circa le esperienze psicopatologiche e di proporre un dialogo critico che tenga conto della tradizione fenomenologica in senso lato, partendo proprio da Jaspers. Il movimento contemporaneo punta principalmente a mettere in luce come il metodo fenomenologico sia in realtà un atto, raffinato dalla pratica, che rappresenta lo spirito stesso dell'impresa psichiatrica. Gli obiettivi dell'approccio sono infatti volti a rafforzare lo scheletro dell'episteme psichiatrica (stabilire un linguaggio comune, stabilire diagnosi rigorose su categorie valide) attraverso un'operazione chiarificatrice raggiungibile solo con la filosofia, ma soprattutto a realizzare il compito che la psichiatria si è posta sin dalla sua nascita: comprendere l'esperienza patologica e impostare una cura che tenga conto del paziente come persona che soffre (Stanghellini *et al.* 2019). Diviene così possibile ritrovare il filo di un'alterità che in fondo fa parte di ognuno di noi.

3.2.1 *La perdita dell'evidenza naturale e l'autismo*

La schizofrenia costituisce senza ombra di dubbio il disturbo più trattato dalla psichiatria fenomenologica. Infatti, il carattere di estraneità tipicamente connesso al disturbo è quello che più ha affascinato gli psichiatri che hanno cercato di trovare

un senso a un'esperienza apparentemente aliena e inafferrabile. Il primo passo verso questo tentativo di comprensione è quello di individuare nella schizofrenia le comunanze con alcune manifestazioni dell'esperienza non considerate patologiche, così da trovare una base su cui costruire la comprensibilità. Il primo a compiere questo lavoro è Eugen Minkowski (1927) il quale, rifacendosi agli studi di Kretschmer, ipotizza che ci siano nella psiche individuale due atteggiamenti fondamentali di relazione con il mondo: un atteggiamento caratterizzato da *sintonia* (cioè un sentimento di appartenenza al mondo, di assorbimento negli affari mondani, di armonia con le cose) e uno caratterizzato da *schizoidia* (un distacco dall'ambiente, che cerca di modificarlo sulla base di un progetto e una programmazione, un senso di separatezza dal ritmo del mondo volto a una conservazione del sé e una pianificazione d'azione). Queste due modalità costitutive dell'esperienza possono essere compresenti nei soggetti normali, e laddove l'intensità dell'uno o dell'altro è troppo forte allora si possono avere casi patologici. Più è presente la modalità schizoide, più è facile trovarsi di fronte a un caso di schizofrenia.

Questa idea è stata poi ripresa in maniera più o meno uniforme da tutti gli psicopatologi, che pensano alla schizofrenia come un disturbo graduale che condivide molti elementi con altre condizioni definite schizoidi, non ancora patologiche (Laing 1960). Questa idea è in fondo una correzione di quello che Bleuler chiamava impropriamente *schizofrenia simplex*, caratterizzata da pochi sintomi, spesso non visibile e non grave al punto da costringere all'ospedalizzazione: con l'introduzione della schizoidia e della personalità schizoide si evita di etichettare come schizofrenici persone che in realtà non lo sono e, allo stesso tempo, di salvaguardare un nucleo comune tra il "normale" e il "patologico", visto come una esacerbazione di un elemento strutturale della coscienza (Minkowski 1927).

Ciò che contraddistingue la schizofrenia da tutte le altre patologie è il cosiddetto *disturbo fondamentale* (*trouble générateur*; Minkowski 1927), cioè il nucleo psicopatologico da cui l'intero disturbo deriva la sua fenomenologia: nella schizofrenia,

la schizoidia è la modalità costitutiva principale del rapporto col mondo, e questo conduce a quella che in maniera diversa ma con significato pressoché invariato è stato descritto nella psicopatologia fenomenologica come un distacco completo dalla dimensione intersoggettiva del mondo. Citando Bergson, Minkowski (1927) si riferisce a questa situazione come perdita dell'*élan vital*, lo slancio vitale, alla base del rapporto sintonico con il mondo, che porta a quella che in diversi modi è stata definita *perdita del contatto vitale con la realtà* (Minkowski 1927), *l'inconsistenza dell'esperienza naturale* (Binswanger 1963) e la *perdita dell'evidenza naturale* (Blankenburg 1971). Nella terminologia fenomenologica, la *perdita del contatto vitale* è una forma di scissione e di separazione affettiva dal mondo: il soggetto schizofrenico, pur abitando lo stesso spazio fisico degli altri, lo esperisce in modalità completamente idiosincratiche, che non possono essere condivise. Non c'è comunanza di senso tra sé e gli altri, il *mondo vissuto* assume delle tinte idiosincratiche, le strutture dello spazio, del tempo, della soggettività si modificano, e il mondo non è più visto come possibilità di azione o di *progetto* (Binswanger 1963). Da questo nucleo fondamentale, che potrebbe essere definito di *insicurezza ontologica* (Laing 1960), la schizofrenia si sviluppa prendendo diverse forme. La catatonia, la paranoia, il delirio delle fasi acute sono funzioni secondarie che derivano da questo nucleo fondamentale di separazione, una vera e propria spaccatura con il mondo e con la realtà fondata intersoggettivamente.

Quello che unisce tutta la psicopatologia fenomenologica all'unanimità è allora la presa in considerazione di una condizione di base costitutiva di tutte le schizofrenie, una modalità di esperienza idiosincratice e individuale, che Minkowski ha definito, riprendendo e modificando la categoria di Bleuler, *pensiero autistico*.

Chiamiamo pensiero autistico il pensiero che non cerca più di adattarsi alla realtà ma che al contrario si distacca da essa; lo contrapponiamo alla forma abituale del pensiero, al pensiero «realistico» che, invece, è sempre destinato dalle esigenze della realtà e cerca pertanto di raggiun-

gere, in fin dei conti, il massimo di valore pragmatico. [...] Il pensiero autistico non cerca più né di venir comunicato agli altri in modo comprensibile né di dirigere la nostra condotta conformemente alle esigenze della realtà; non si serve più della parola in maniera intellegibile. Ha solo una portata soggettiva; non serve che all'individuo stesso, e solo in quanto si è staccato dalla realtà può così far uso liberamente di segni ed i procedimenti speciali che possono renderlo più rapido, più comodo, in generale più appropriato ai caratteri particolari dei complessi che esprime. (Minkowski 1927, 90-91)

Il pensiero autistico è caratterizzato dunque da una funzione di separazione dalla realtà che conduce a una perdita affettiva dei legami col mondo e una forma di *razionalità e geometrismo morbosi*, intesi come il tentativo di ricondurre la fluidità e la dinamicità del mondo (che appare, a causa della perdita del contatto vitale, come estraneo e minaccioso) a un forma di comportamento logico e matematico che isola il soggetto all'interno di una dimensione iper-razionale (Minkowski 1927, 63-80; Sass 1992).

È importante sottolineare come il pensiero autistico, caratterizzato anche come *forma di esistenza mancata* (Binswanger 1956; Cargnello 2010) o di vita *inautentica* (Laing 1960, Tatosian 1979), sia il filo conduttore che lega tutta la storia della psicopatologia fenomenologica e costituisca l'interpretazione fondamentale del disturbo schizofrenico (Tatossian 1979; Ballerini 2002). È qui che è racchiusa la vera essenza dell'approccio fenomenologico in psichiatria e che lo distingue da tutti gli approcci citati. Non v'è nella descrizione psicopatologica il sensazionalismo e l'esaltazione dell'esperienza schizofrenica presente nell'antipsichiatria con la figura dell'*eroe romantico*, sebbene si riconosca nella schizofrenia una forma di esistenza che si distacca dal mondo e dalle regole sociali; non v'è la figura della schizofrenia come *maschera*, sebbene si riconosca che non si possa parlare di una vera e propria malattia, quanto più di un'ipotesi di disturbo (Schneider 1946) la cui patologia non è organica ma esperienziale; non troviamo neanche un'idea di schizofrenico come *vittima* della società, quanto piuttosto un individuo che non riesce a orientarsi nel mondo sociale. *L'in-*

comprensibilità è alla base dell'azione terapeutica e si misura più come obiettivo da superare che come limite a cui soccombere.

Tuttavia, il vero capovolgimento della prospettiva fenomenologica si ha nei confronti delle figure espresse dal paradigma organicista e psicoanalitico. Laddove lo schizofrenico è inteso come *regredito* nel suo mondo interiore e nel ripiegamento su di sé, l'*autismo schizofrenico* si caratterizza come una forma di espansione del sé sul mondo, un tentativo di adeguarlo a un piano logico. Binswanger parla in questo caso di *esaltazione fissata* (Binswanger 1956). D'altro canto, l'autismo può manifestarsi come una forma di completa disaffezione nei confronti dei contenuti esperienziali, che vengono visti come meri oggetti (Parnas 2003); dove gli altri approcci descrivono lo schizofrenico come *irrazionale e illogico*, la psicopatologia fenomenologica lo descrive come *morbosamente logico e razionale*. La differenza, dunque, tra soggetti normali e patologici, non è altro che una differenza da collocare all'interno di una difformità del *sensò*, delle modalità di accesso al mondo e della sua significatività per un soggetto cosciente (Stanghellini 2017). L'intero problema è fondato su questa non condivisione dell'universo di senso tra soggetti schizofrenici e il resto del mondo, e sulla mancanza di una dimensione di comunicabilità e traduzione di questi universi portatori di alterità.

3.2.2. *Tra descrizione e spiegazione: nuove frontiere per la psichiatria*

Un elemento da sottolineare è che, originariamente, la psicopatologia fenomenologica, sia nella tradizione jaspersiana, che in quella minkowskiana e binswangeriana, si presenta, a differenza della psicanalisi e della psichiatria organicista, come un tipo di ricerca a vocazione *descrittiva* e non *esplicativa* senza una vera e propria vocazione terapeutica³. In definitiva, la

³ Mario Rossi Monti, *Fenomenologia e psicoterapia*, Conferenze dell'associazione italiana di psicologia fenomenologica https://www.youtube.com/watch?v=ArqMACPPs_s&tab_channel=PsicologiaFenomenologica

psichiatria fenomenologica degli inizi ha fundamentalmente un carattere contemplativo e scarsamente operativo (Rossi Monti 2010).

Negli ultimi trent'anni si è sviluppata invece una spinta all'interno del movimento fenomenologico che ha portato all'istituzione di una fenomenologia operativa con la formazione di psicoterapeuti specializzati e con l'elaborazione di pratiche specifiche. Le interviste fenomenologicamente orientate, ad esempio, rappresentano strumenti utili non solo a effettuare un'analisi fenomenologica del vissuto e delle significazioni (cfr. Stanghellini e Mancini 2018; Parnas *et al.* 2005), ma anche a corroborare le diagnosi (Henriksen *et al.* 2021) a intervenire terapeuticamente sulla costituzione soggettiva del mondo del paziente, attraverso il dialogo (Stanghellini 2017). Inoltre, grazie alla ripresa della vocazione genetica della fenomenologia espressa negli ultimi scritti di Binswanger (1965), nella psichiatria fenomenologica si è aperto uno spazio anche per una dimensione esplicativa che, partendo dalle analisi dell'esperienza e dall'individuazione dei nuclei patologici fondamentali, mira a fornire dei modelli validi per spiegare l'evoluzione del disturbo⁴ (Parnas e Sass 2008). Si tratta cioè di fondere l'analisi del vissuto del paziente con una teoria sul funzionamento psichico, stabilita però a partire dalle descrizioni stesse dei pazienti. È così che, a partire dalle osservazioni fenomenologiche proposte da Minkowski, Binswanger, Blankenburg, Kimura, etc, sono nati due noti modelli tra loro fortemente compatibili per la spiegazione della schizofrenia: i) il modello proposto da Sass e Parnas, definito *Ipseity-Disturbance Model* (Sass *et al.* 2011; Sass e Parnas 2007; Sass 2010; Parnas e Henriksen 2014), che parte dall'idea di Minkowski di perdita del *contatto vitale*, valorizzando principalmente la dimensione *solipsistica* dell'esperienza schizofrenica, la separazione del paziente dal mondo inteso come possibilità di azione e significato e la chiusura in una modalità iperriflessiva in cui il paziente ritorna costantemente su di sé, sulle proprie esperienze e sui propri pen-

⁴ Tale tentativo, nei fatti, supera il limite di incomprendibilità del delirio che aveva posto Jaspers cfr. Besoli 2014.

sieri; e ii) un modello, che sta prendendo piede negli ultimi anni, più focalizzato sulla perdita della dimensione intersoggettiva vista come la preconditione per la perdita del contatto con il sé e con il mondo (Stanghellini 2008; Hipólito *et al.* 2018).

È necessario sottolineare come la *spiegazione* fenomenologica non punti a sostituirsi alla spiegazione organico/neurobiologica, ma miri a integrare l'esperienza vissuta all'interno della dimensione dell'organismo⁵ attribuendole un ruolo fondamentale all'interno del circuito esplicativo della patologia. In altre parole, se l'approccio organicista considera l'esperienza come un *epifenomeno* di cambiamenti neuronali profondi, per la psichiatria fenomenologica i cambiamenti neuronali (che rimangono comunque a fondamento della base esplicativa) innescano delle esperienze, ma possono a loro volta essere modificati da esse attraverso la causalità retroattiva del tipo di esperienza che generano (Sass 2010).

3.2.3. *Il ruolo delle nuove scienze cognitive: cervello e corpo*

Il tentativo esplicativo fenomenologico non può allora non confrontarsi con i modelli della psichiatria organicista. L'obiettivo è quello di operare una naturalizzazione dell'esperienza fenomenica che non ricada nei dualismi della psicologia cognitiva classica né nel riduzionismo delle neuroscienze più dure (Fuchs 2018). Per far questo la fenomenologia si è spesso affiancata alle scienze cognitive proponendo interessanti percorsi di indagine fra loro complementari.

Una prima via d'indagine è legata alla neurofenomenologia (Varela 1996), una metodologia di studio che cerca di integrare i dati provenienti dalle esperienze in prima persona con gli studi neuropsicologici. In questo framework le ipotesi fenomenologiche vengono testate e diventano guida per l'elaborazione di modelli ed esperimenti. Il metodo fenomenologico fornisce i

⁵ Su questo punto si veda ad es. Sass 1992, Appendice all'edizione inglese *Neurobiological considerations*.

mezzi per ripensare i modelli neurocognitivi preesistenti, informandoli con lo spessore e la precisione teorica che solo un approccio filosofico può fornire (Gallagher 2004; 2019): l'esperienza e la soggettività non sono intese come degli oggetti da spiegare, ma sono propriamente degli *explanans*, dati da cui partire che hanno la stessa validità delle indagini statistiche per la conoscenza del disturbo.

Una seconda strada, di più ampio respiro, coinvolge la psichiatria fenomenologica nel movimento generale di *fenomenologizzazione* delle scienze cognitive *embodied* (Gallagher e Zahavi 2008), risultante in un approccio *enattivista* il cui il *claim* principale consiste nell'idea che la cognizione sia il risultato di una strettissima interdipendenza tra corpo, azione e percezione, in cui il cervello è solo un elemento di un sistema cognitivo più vasto (Varela, Thompson e Rosch 1991). In approcci come quello enattivista, la mente è concepita come il risultato di una catena di cicli di interazioni tra una dimensione affettivo-adattiva dell'organismo, una dimensione sensorimotoria sviluppata in interazione con l'ambiente e una dimensione intersoggettiva legata al mondo sociale (Fuchs 2009). Questo tipo di approccio modifica anche la nozione di disturbo mentale, avvicinandosi tantissimo alla modalità fenomenologica di descrizione che pensa al disturbo come un problema di relazione con il mondo (Colombetti 2013; De Haan 2020). Le psicopatologie divengono allora un disturbo della presenza e dell'esperienza di relazione con il mondo, che non esclude il biologico, ma non si riduce a esso: il disturbo nasce e si sviluppa nell'*orizzontalità del rapporto con il mondo e con gli altri* e nella *verticalità* dei rapporti tra corpo e cervello (Fuchs 2018). In questo paradigma, uno scompenso cerebrale non è più necessariamente la causa prima di un disturbo, esso può essere il risultato di un adattamento all'interno di una forma di esistenza in un mondo sociale e culturale (Fuchs 2012).

Tali indagini sono assolutamente fondamentali per la teoria perché permettono un avanzamento nella dimensione della ricerca neuroscientifica producendo dati sperimentali salvaguardando contemporaneamente la sospensione del pregiudizio di

matrice fenomenologica e impostando programmi di ricerca che coinvolgono attivamente i pazienti.

3.3. *Da una critica della comprensibilità a una comprensibilità critica*

La nozione di *comprensibilità* della fenomenologia psichiatrica non può essere tuttavia assunta senza un opportuno inquadramento critico: per quanto nobile, l'idea di *comprensione* si scontra con dei limiti evidenti, in particolare nei casi di schizofrenia.

Per indagare tali limiti si dovrà innanzitutto sottolineare come l'idea di comprensione si muove su almeno due binari legati alla sua doppia fondazione (Stanghellini 2018): una comprensione di tipo *empatico*, immediata e *preriflessiva*, che è quella proposta da Jaspers e di cui abbiamo già parlato; una comprensione di tipo *eidetico* proposta da Binswanger (2018), che è una forma di comprensione legata alle forme e alle strutture dell'esistenza, per cui si può avere accesso all'esperienza dell'altro individuando, attraverso uno sforzo eidetico, quali sono le strutture esistenziali che la sorreggono. Entrambe queste forme di comprensione non tengono conto della dimensione della cultura, del contesto ospedaliero e della *persona* non solo come elementi in cui il rapporto clinico è situato, ma anche – e cosa ben più rilevante – come elementi che costituiscono attivamente il rapporto paziente-medico.

Abbiamo, infatti, già ricordato come nelle sue prime fasi la fenomenologia fosse ancillare rispetto alla dimensione organica e clinica della psichiatria. Per quanto i fenomenologi rifiutassero teoricamente i trattamenti psichiatrici, sovente vi ricorrevano, e indagavano il fenomeno della follia all'interno di una forma di istituzione che consegnava il paziente al medico già come malato. *L'epochè* va allora considerata come metodologia situata in un contesto già carico di senso: è solo nella seduta che il malato smette di essere malato, è solo nella dimensione dell'incontro che lo schizofrenico è forma di esistenza degna

di ascolto, ma le strutture a monte e a valle di tale incontro e il contesto in cui l'incontro avviene non vengono resi pertinenti. La fenomenologia psichiatrica in questo senso è una *tecnica* di ascolto che nasce nell'alveo della psichiatria classica come strumento di potenziamento, non di eversione. Lo psichiatra può anche operare la riduzione fenomenologica sul paziente e decidere di vederlo come una forma di vita "normale" ma estranea, ma il paziente difficilmente può operare questa riduzione su di sé e sullo psichiatra, dal momento che a fine seduta deve tornare nella stanza in cui è recluso. Come ci ricorda Goffman in *Asylums* (1961), le piccole forme di scambio e aiuto tra operatori e pazienti nell'istituzione manicomiale spesso sono funzionali alla sopravvivenza dell'istituzione stessa. Allo stesso modo si potrebbe dire che la psichiatria fenomenologica rischia, se non irrobustita da una riflessione critica, di divenire strumento di rafforzamento dell'operazione di *alienazione* della follia: si rischia di enfatizzare a livello generale ciò che si vuole abolire al livello locale del dialogo terapeutico. Che tipo di comprensione dell'*alterità* può allora fornire uno sguardo che è così radicato nel processo di riduzione ad *alienità della malattia mentale*?

Fortunatamente, la psichiatria fenomenologica contemporanea è perfettamente cosciente di questi limiti (anche grazie al contributo fondamentale proveniente dalla riflessione antipsichiatrica) ed è riuscita a far tesoro della critica alla psichiatria istituzionale per ripensare i sistemi di cura. La contaminazione con il post-strutturalismo, la sociologia, l'ermeneutica, ha permesso alla psichiatria fenomenologica di potenziare la propria carica critica con pensatori come Laing, Fanon e soprattutto Basaglia (cfr. Zahavi e Loidolt 2021). Il nostro percorso della comprensibilità ha bisogno di raccogliere anche quest'eredità critica prima di affrontare un percorso nel *sensu* dell'esperienza schizofrenica. Essa ci aiuterà a capire come tenere in considerazione la dimensione della cultura, della società e della persona. È questa l'ultima tappa per sviluppare una riflessione semiotica che possa contribuire al discorso psichiatrico *costruendo forme di comprensibilità*.

3.3.1. *La follia, la malattia mentale e l'età classica: la lezione di Foucault*

Uno degli autori più importanti nella riflessione epistemologica e critica sulla psichiatria è Michel Foucault, anch'egli spesso annoverato come un'esponente dell'*antipsichiatria*. A Foucault si deve *Folie e déraison (Storia della follia, 1961)*, uno dei testi più importanti di tutta la filosofia del Novecento, considerato il primo lavoro del filosofo. Il libro descrive le modalità attraverso cui il concetto di follia si è trasformato e si è ridotto al rango di *malattia mentale* attraverso una serie di procedimenti storico-discorsivi di cui Foucault fornisce un'archeologia. Nel libro si analizza come la follia abbia assunto il suo volto attuale come opposto della ragione, partendo da un'epoca (dal Medioevo al Rinascimento) in cui la differenza tra ragione e follia non era così netta e in cui le due dimensioni si costituivano reciprocamente, passando per l'*età classica* rappresentata dal razionalismo cartesiano. Il desiderio di individuare, studiare e comprendere la follia sotto la forma di una realtà alienata e tenuta distante dalla società in cui essa origina sarebbe frutto di questo storico tentativo di oggettivazione. La visione del folle come *malato di mente* è per Foucault, dunque, nient'altro che un prodotto storico di costruzioni discorsive, e non ha nulla a che fare con il corpo o la psiche del folle.

Se l'uomo può sempre essere folle, il pensiero, come esercizio della sovranità da parte di un soggetto che si accinge a percepire il vero, non può essere insensato. Viene tracciata una linea di separazione che renderà ben presto impossibile l'esperienza di una Ragione sragionevole e di una Sragionevole ragione. (Foucault 1961, 116)

È importante sottolineare come questo libro nasca da un interesse per la psicologia che si origina anche dalle riflessioni di Merleau-Ponty e Binswanger. Questo interesse è testimoniato dalla prima vera opera di Foucault scritta nel 1954, *Maladie mentale et personnalité*, poi riedita nel 1962 ampiamente rivista col nome *Maladie mentale et psychologie*.

In quest'opera Foucault cerca di ricostruire il concetto di malattia mentale per come è espresso negli approcci fondamentali della psicologia, distinguendo il metodo esplicativo della psichiatria organicista e della psicoanalisi dal metodo fenomenologico della comprensione, mostrando un forte interesse per le teorie di Binswanger valutate in maniera decisamente meno critica rispetto agli altri approcci. Nel testo è evidente come Foucault apprezzi il tentativo della fenomenologia di comprendere la dimensione del disturbo mentale ricercando una dimensione di *significato* che precede la distinzione tra normale e patologico. Tuttavia, egli nota come la psicopatologia fenomenologica, non deduce tutte le conseguenze di questa scelta. Quello che verrebbe lasciato fuori è proprio il mondo in cui la dimensione patologica si esprime essendo essa sempre già collegata all'idea di malattia mentale (Foucault 1962, 65). L'indagine sull'esperienza della follia non fa cioè i conti con il fatto che questa non si manifesta mai in una forma pura e autentica, ma sempre già plasmata da una storia *discorsiva*: «la radice della patologia mentale non deve essere cercata in una “metapatologia” qualsiasi, ma in un determinato rapporto, storicamente situato, dell'uomo con l'uomo folle e con l'uomo vero» (ivi, 2).

Pertanto, non si può parlare di una esperienza della follia quando questa esperienza è stata già razionalizzata e imbrigliata in termini di malattia mentale. Lo sguardo fenomenologico non può dunque che fallire nel suo obiettivo, dal momento che cerca di isolare il nucleo della follia partendo da una *psicopatologia*, prodotto storico di uno sguardo clinico alla follia che si manifesta come esigenza della ragione di riportare all'ordine la *sragione* senza accettarla come parte costitutiva dell'essere umano: «mai la psicologia potrà dire la verità sulla follia, perché è la follia a detenere la verità sulla psicologia» (ivi, 86).

La follia va dunque indagata come una *struttura globale*, una dimensione che non può essere ridotta e oggettificata, essa deve essere vista come dimensione attiva nel dramma dell'umano e non come un suo elemento indagabile. Ed è qui, nella parte finale del saggio, che *Malattia mentale e psicologia* si ricongiunge a *Sto-*

ria della Follia e alla sua prefazione, dove Foucault annuncia di voler parlare di come la differenza fondamentale tra insensato e sensato, ragione e sragione, si sia manifestata storicamente come una forma di *cesura originaria* che ha ridotto la sragione al silenzio (e poi alla voce distorta della malattia mentale). Il limite della *comprensibilità* è dunque in questa creazione della follia come malattia, nella segregazione, nell'esclusione, nella privazione di voce che esige un'«archeologia del silenzio» (Foucault 1961, 42). Quale ascolto possiamo dare a una follia che è già segregata? Che tipo di empatia, di comprensibilità, che strutture di vissuto è possibile cogliere da parole già private di voce, già depotenziate da un metodo che le riduce a segni di malattia?

La follia continua a esprimersi per Foucault nel suo linguaggio originario (cioè non contaminato dal linguaggio medico), attraverso la poesia e la letteratura, *voci dell'esclusione* (ivi, 45) e di quella *sragione* che la psicologia è nata per mettere a tacere. Nella poesia, la follia si esprime in enunciazione liberata da soggetti e destinatari che parla a tutti, in una comunità di voci che:

fanno udire a chi tende l'orecchio un rumore sordo che proviene da sotto la storia, il mormorio ostinato di un linguaggio che dovrebbe parlare da solo: senza soggetto parlante e senza interlocutore, ravvolto su sé stesso, stretto alla gola, sprofondante prima d'aver raggiunto qualsiasi formulazione, e che ritorna senza strepito al silenzio di cui non si è mai disfatto: radice calcinata del significato. (ivi, 46).

La voce dei pazienti, dunque, non solo ha la funzione di mantenere questa *radice calcinata di significato*, ma serve anche a metterla in luce, a contrapporla a ogni tentativo di assoggettamento, a riaprire quello che la psicologia è nata per chiudere, e, soprattutto, a mostrare l'impossibilità e l'inefficacia di un controllo della ragione sulla sragione.

Sebbene questa posizione di Foucault possa portare con sé delle tracce di romanticismo, ricalchi in maniera decisa il mito dell'*alogs* e presupponga come assunto ciò che andrebbe dal nostro punto di vista dimostrato, ovvero che Follia e Ragione siano istanze metastoriche su cui si organizzano saperi e

discorsi⁶, essa può apportare un contributo fondamentale al concetto di *comprensibilità*. Se realmente si vuole proporre una comprensione del *significato* dell'esperienza schizofrenica, allora bisogna sottrarla alla dimensione del rapporto tra medico e paziente e inserirla in un rapporto dialogico tra esseri umani, operazione possibile solo attraverso una modificazione strutturale dei rapporti di cura e una continua messa in discussione dell'*interprete* sul ruolo che egli occupa nella relazione *terapeutica*. Come afferma Galzigna, citando Geertz nell'introduzione all'edizione italiana a *Storia della Follia*: «Non si può capire la gente senza interagire con essa dal punto di vista umano» (Galzigna 2011: 9). Questa interazione dal punto di vista umano è un ottenimento difficilmente raggiungibile, il risultato di uno sforzo che piuttosto che eliminare i pregiudizi come nell'*epochè fenomenologica* li tiene ben presenti, considerandoli sia come sfondo senza il quale sarebbe impossibile la relazione, sia come *limite* da sorpassare grazie al dialogo con l'interlocutore.

3.2.1. *La psichiatria fenomenologica come strumento critico: la lezione di Basaglia*

Il 1961 è stato un anno davvero speciale per la storia della psichiatria antistituzionale. Era da poco stato pubblicato l'*Io diviso* di Laing (1960) quando vengono pubblicati *Asylums* di Goffman (1961), *Storia della follia* di Foucault (1961) e *Il mito della malattia mentale* di Thomas Szasz (1961). Nello stesso anno lo psichiatra italiano Franco Basaglia divenne direttore dell'ospedale psichiatrico di Gorizia, il primo luogo in cui tutte le istanze critiche verso la psichiatria istituzionale sono state rese operative e trasformate in *metodo di cura*. Nei sette anni a Gorizia, Basaglia rivoluzionò completamente l'ospedale e i

⁶ Una critica secondo noi centrata a queste idee è quella di Derrida che accusava Foucault di trattare la Sragione senza definirla mai, e parallelamente di organizzare un discorso razionale sull'irrazionale cadendo nella stessa contraddizione della psicologia (Derrida 1967, 39-80).

metodi di cura, abbattendo muri e celle, rifiutando i metodi basati sull'elettroshock, adottando l'idea di ospedale *open door*, coinvolgendo i pazienti nelle decisioni di quella che pensava come una *comunità terapeutica*⁷. Gorizia divenne un santuario per gli psichiatri di tutta Italia che si recavano lì per apprendere i metodi di Basaglia e contribuire allo sviluppo di un movimento psichiatrico che ben presto assunse tratti politici. Nel 1968 l'*entourage*, convinto di aver contribuito allo sviluppo di una nuova realtà e di non essere più necessario, si sciolse e lasciò Gorizia per occupare ruoli di rilievo negli ospedali psichiatrici di tutta la penisola. Basaglia, dopo un breve periodo a Parma, nel 1971 si spostò a Trieste, dove rimase fino all'approvazione della legge 180 che sancì la chiusura di tutti gli ospedali psichiatrici italiani⁸. Sarebbe stata la prima mossa nel piano di creazione di una forma di psichiatria democratica, purtroppo mai portato a termine a causa della prematura morte di Basaglia nel 1980 per un tumore al cervello⁹.

In questa sede è importante sottolineare quali siano i presupposti teorici dell'operazione di Basaglia e come essi ci possano aiutare ad aprire un percorso della comprensibilità semioticamente orientato. Se Foucault porta il nostro percorso della comprensibilità a soffermarsi sulla dimensione della cultura, Basaglia ci spinge a una riflessione sulla dimensione della società.

Lo psichiatra, subito dopo la laurea in medicina, entra in contatto con il pensiero fenomenologico e la psichiatria di Binswanger e Minkowski, mantenendo una posizione estremamente critica nei confronti della psicopatologia di Jaspers e del

⁷ La storia di quest'esperienza e delle innovazioni introdotte è rintracciabile nella raccolta di saggi *L'istituzione negata* (1968 a cura dello stesso Basaglia), che si rivelò essere un vero e proprio successo editoriale all'epoca.

⁸ Nel 2003 l'OMS ha indicato la legge 180 come «uno dei pochi eventi innovativi nel campo della psichiatria su scala mondiale», e rimane tuttora un unicum in cui le istanze teoriche di tutta la psichiatria critica si sono fuse con i programmi della psichiatria standard per creare qualcosa di completamente nuovo e inedito, una forma di rivoluzione che purtroppo è rimasta incompiuta.

⁹ Per una storia del movimento di rivoluzione partito dall'esperienza di Gorizia suggeriamo i bei libri di John Foot, *La Repubblica dei matti* (2014) e Corbellini e Jervis, *La razionalità negata: psichiatria e antipsichiatria in Italia* (2009).

suo concetto di incomprendibilità (Basaglia 1967a). Egli vedeva nella fenomenologia un metodo per superare la dimensione alienata della malattia mentale e la possibilità di entrare in una forma di terapia basata sul rapporto interumano (Basaglia 1953, 1955), ma anche come uno strumento rivoluzionario capace di riformare i rapporti sociali alla luce di un nuovo umanesimo.

Il pensiero fenomenologico è dunque la prima istanza critica raccolta da Basaglia contro la psichiatria istituzionale italiana, che all'epoca era di gran lunga più arretrata rispetto al resto di Europa (dove in Francia la neurofarmacologia era divenuta prassi, in Italia si ricorreva ancora a camicie di forza, lobotomie ed elettroshock). Ben presto però lo psichiatra incontrò tutte le altre istanze critiche del periodo: lesse *Asylums* di Goffman (di cui propose la traduzione in Italia) e gli scritti di Laing e Cooper, entrò in contatto col pensiero di Foucault e Fanon e conobbe l'etnopsichiatria grazie al suo collega Giovanni Jervis. La necessità di fare i conti con istanze così fortemente critiche nei confronti dei modelli classici alla psicopatologia trasformò il nucleo fenomenologico del pensiero di Basaglia, donando un nuovo volto alla sua teoria. Sottoponendo a critica la psichiatria fenomenologica, Basaglia fece di essa una psichiatria critica. Se il tentativo della psichiatria fenomenologica è quello di impostare una terapia che tenga conto della significatività dell'esperienza della follia e che indaghi i significati per come essi si danno nel mondo della vita del malato, e se allo stesso tempo questo rapporto con il mondo della vita necessita di un corpo vivo che nel movimento e nell'azione costruisce il senso della sua esperienza, allora Basaglia si interroga su quale possa essere l'utilità del metodo fenomenologico in una realtà che riduce il mondo della vita al manicomio e che limita la libertà di movimento, oggettivando il corpo e facendone uno strumento nelle mani di una istituzione oppressiva (Basaglia e Ongaro Basaglia 1966; Basaglia 1968).

Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale [...]; viene immerso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensi-

vo e insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua oggettivazione. Se la malattia mentale è, alla sua stessa origine, perdita dell'individualità, della libertà, nel manicomio il malato non trova altro che il luogo dove sarà definitivamente perduto, reso oggetto dalla malattia e dal ritmo dell'internamento. (Basaglia 1965, 262).

L'*epochè* per Basaglia, pertanto, non va effettuata nell'incontro interpersonale con il paziente ma sull'intero sistema di cura, che deve essere riformato rimuovendo i pregiudizi storico-sociali di cui è perpetratore, così da operare un «lavoro di smistamento fra ciò che può considerarsi prodotto dall'internamento, e ciò che è da ritenersi il nucleo dell'originaria malattia» (Basaglia 1967b, 421).

Da queste riflessioni parte un piano per riformare la psichiatria italiana, composto da una serie di passaggi tutti volti a impostare l'idea di comunità terapeutica poi sperimentata a Gorizia (Basaglia 1965, 266). Questo si configura in realtà solo come il primo passo verso una trasformazione totale della concezione della follia nella società. In uno dei testi più foucaultiani di Basaglia, *Follia/delirio* per l'Enciclopedia Einaudi (Basaglia e Ongaro Basaglia 1979), è chiaro il tentativo di riforma totale del rapporto con la follia attraverso gli sforzi di restituirle la voce senza un linguaggio imposto, al di fuori della dimensione alienante a cui la psichiatria la riduce:

Nel momento in cui la ragione dà la parola alla follia o si appresta ad ascoltarla, l'incomunicabilità dei due linguaggi diventa incolumabile, perché chi dà la parola determina i modi in cui l'altro deve esprimersi, pena la sua definitiva esclusione dal piano della comprensibilità umana, essendo la ragione dominante diventata la Ragione Umana. La frattura è irreparabile: imponendo alla follia il proprio linguaggio, la ragione le impedisce definitivamente di parlare e di esprimere ciò che è, anche se -nei secoli- essa continuerà a darle e ridarle la parola. (Basaglia e Ongaro Basaglia 1979, 857)

In questo tentativo di separazione di quell'amalgama confuso di sragione e colpa, incrostate di miseria che compongono la

folia istituzionalizzata, deve nascere l'azione politica e l'orizzonte utopico in cui essa si muove. La psichiatria deve recuperare la sua funzione prima, l'atto che l'ha istituita, il momento in cui Pinel la pensò come atto di liberazione dell'essere umano dalle catene, e non una forma di incatenamento e di esclusione. La libertà e la liberazione della follia passano allora necessariamente per l'abolizione del sistema psichiatrico e per la possibilità data al folle di vivere con gli altri come pari. La clinica deve diventare un nuovo laboratorio per le relazioni sociali e per la creazione di nuovi servizi di salute mentale diffusi sul territorio, capace di generare nel corpo comunitario della società ciò che si auspica anche per il corpo singolo: scoprire, accettare e dialogare con la follia che lo abita.

Il pensiero di Basaglia è particolarmente significativo nel nostro percorso della comprensibilità, perché parte da un approccio fenomenologico puro, evidenziandone dei limiti, e arriva a utilizzarlo come strumento di critica nei confronti della società intera. La comprensibilità non è per Basaglia facilmente raggiungibile, almeno fin quando l'individuo folle sarà concepito come individuo malato: la comprensibilità è uno strumento che va pertanto costruito con una serie di pratiche che modificano le strutture dei rapporti interpersonali. Comprendere è operazione possibile solo tra pari, tra esseri umani liberi, che hanno la stessa dignità e lo stesso diritto d'accesso alla parola sensata. Solo integrando la voce dei folli a quella della comunità, e concatenando a quella voce la nostra, sarà possibile comprendere. Solo una psichiatria democratica può permettere una comprensibilità.

3.3.3. *La comprensione come interpretazione: la lezione dell'ermeneutica*

Abbiamo ampiamente sottolineato come la psichiatria fenomenologica concepisca la schizofrenia come una modificazione delle strutture esperienziali della soggettività e abbiamo allo stesso tempo visto, passando per Foucault e Basaglia, come sia possibile mettere in luce il fatto che queste strutture esperienziali (e l'indagi-

ne che su esse viene effettuata) siano strettamente dipendenti dalla dimensione culturale e sociale in cui schizofrenico e la relazione terapeutica sono situati. La soggettività che viene sconvolta nel disturbo non è dunque una forma pura isolabile dal contesto ma sempre situata e incarnata, e sempre in traduzione con elementi di alterità quali cultura e società. La terza e ultima dimensione critica nei confronti del concetto di comprensibilità si concentra su un terzo elemento dell'alterità: l'alterità che abita dall'interno il soggetto di cui si tenta la comprensione. Il soggetto è cioè sempre il risultato di una determinazione storico culturale che permette una forma di appropriazione riflessiva del sé, ed è questa alterità che compone la soggettività che va indagata. Non esistono, in poche parole, delle forme pure di esperienza che si offrono allo sguardo dello psicopatologo pronte a essere colte, ma sempre e solo delle *persone* che hanno un rapporto con le loro esperienze e che le comunicano a un terapeuta (Rosfort 2019).

Paul Ricœur, uno tra i maggiori promotori di una integrazione ermeneutica della teoria fenomenologica, ha mostrato in tutta la sua produzione come sia impossibile separare la dimensione della soggettività esperienziale dalla dimensione della soggettività che si coglie come tale, oggettivandosi in un racconto che la descriva e ne fornisca il senso. Quando parliamo di un soggetto, è impossibile insomma separare il *chi* dal *cosa* (Ricœur 1985, 1990). Il *chi*, il soggetto, è sempre abitato e costituito da alterità che devono essere integrate attraverso un atto narrativo. Se la fenomenologia concepisce la soggettività come la dimensione noetica, come atto di intenzionalità puro che si dirige verso l'oggetto, Ricœur ci ricorda che è impossibile per questa *noesi* cogliersi senza farsi *noema*, senza cioè oggettivarsi in qualche modo come contenuto di coscienza (Ricœur 1995). La soggettività non può allora che esprimersi in una dialettica tra il *chi* e il *cosa*, tra l'*ipseità* di un sé soggettivato e l'*identità* di un sé oggettivato, dove questa oggettivazione necessariamente passa per le dimensioni della società e della cultura. Importare la riflessione ricoeuriana ed ermeneutica nel quadro della psicopatologia fenomenologica significa mettere profondamente in discussione il concetto di *comprensibilità* per come era stato

espresso da Jaspers o Binswanger: le dimensioni immediate di incontro *empatico* in un caso, *eidetico* dall'altro, si scontrano ora con un ulteriore elemento che è il rapporto che la *persona* intrattiene col proprio disturbo sia come elemento costitutivo della propria esperienzialità, sia come elemento che ha un certo statuto discorsivo a livello sociale, scientifico e culturale. Nel caso specifico della schizofrenia, la capacità di comprensione deve dunque estendersi al punto da carpire sia il rapporto del soggetto con il suo *essere schizofrenico*, sia con il suo *avere la (o soffrire di) schizofrenia*. Ogni tentativo di comprensione deve entrare, dunque, sempre in una dimensione *interpretativa*, in cui tra le modificazioni esperienziali del disturbo e la capacità *empatica del terapeuta* c'è sempre il paziente e il suo rapporto con sé stesso e con la realtà sociale che contribuisce a plasmare il rapporto del soggetto con il disturbo: è la *persona* che viene messa al centro come crocevia tra dimensione sociale, corporea, esperienziale e culturale (Stanghellini e Rosfort 2015).

La *comprensibilità* deve essere intesa allora come una forma di esplorazione del significato personale della follia vissuta (Stanghellini 2017, 158). Solo indagando questo rapporto sarà possibile dispiegare il mondo della vita del paziente e cercare di aiutarlo. Senza questo sforzo ermeneutico, l'individuazione delle modificazioni dell'esperienza rimane un atto sterile che non porta alla comprensione del mondo dei *significati vissuti*. Si pensi ad esempio al delirio: il delirio è sicuramente una forma di esperienza abnorme, sempre preceduta da quella che è definita *atmosfera delirante* (Ratcliffe 2013), e può coinvolgere la dimensione esperienziale della soggettività, della spazialità, della corporeità. Ma ogni delirio è diverso dall'altro, essi variano a seconda della storia personale del paziente, della cultura a cui appartiene, dalle particolari *porzioni di enciclopedia* di cui dispone. Se, da una parte, riusciamo a cogliere quale esperienza possa aver generato un delirio e quali problemi esperienziali esso porti con sé attraverso una forma di *comprensibilità* basata sull'empatia o sull'indagine eidetica, d'altra parte è impossibile cogliere il ruolo che esso assume nell'economia di significati dei pazienti senza un'indagine ermeneutica, senza cioè *interpretare* quel delirio in una più vasta cornice.

Nel nostro percorso propedeutico alla *comprensibilità*, la tappa ermeneutica è assolutamente fondamentale: essa mette in evidenza alcuni limiti filosofici del concetto di comprensione della psichiatria fenomenologica classica, rimettendo al centro la dimensione dell'*interpretazione*. L'esperienza schizofrenica – e l'esperienza dell'altro in generale – non è un dato che è già pronto per essere colto, razionalizzato e spiegato. C'è sempre uno scarto, una differenza, che deve essere superata attraverso uno sforzo *interpretativo*, il quale deve coinvolgere attivamente tanto il terapeuta quanto la persona che soffre per poter effettuare una *maieutica* dei *significati* di un'esperienza. Grazie a questo approccio, si comincia a trattare le parole del paziente come un *testo* da interpretare (Muscelli 2009) e attraverso cui tracciare le condizioni di possibilità del tipo di esperienza dell'interlocutore. Per far questo, lo psichiatra non può procedere attraverso *intuizione* o il semplice ricorso a categorie come tempo, spazio, corpo, intersoggettività, ma deve procedere a una indagine *ad hoc* per ogni paziente: scavare, ricavare dei significati che possano aiutarlo a procedere nel *dialogo*. Necessita pertanto di una serie di attrezzi, di strumenti di lavoro che gli permettano di cavare fuori questi significati (Stanghellini 2017, 192-201). La proposta che porteremo avanti sarà allora quella di identificare nella semiotica il dominio privilegiato in grado di fabbricare e fornire un repertorio di strumenti utili per proseguire nell'indagine sul senso dell'esperienza schizofrenica. Quella stessa semiotica a cui Ricœur riconosceva un ruolo fondamentale nell'impresa di spiegazione e comprensione del senso (Ricœur e Greimas 2000).

3.4. *Costruire la comprensibilità: per una semiotica dell'alterità*

Un tentativo di applicare la semiotica alla *comprensione* dell'esperienza schizofrenica come quello che proponiamo richiama necessariamente una discussione preliminare non solo sulle vicinanze dell'approccio semiotico con la fenomenologia, che abbiamo già cercato di disseminare nel corso della trattazio-

ne, ma anche sulle divergenze tra i due approcci. Se la fenomenologia conduce al tentativo teoretico di risalire la china del senso per individuare le strutture fondamentali di un'esperienza, per la semiotica questo tentativo risulta impossibile. Nessuna indagine sul senso è in grado di ripercorrerlo alla ricerca delle sue condizioni di possibilità perché tale ricerca sarebbe sempre interna al senso stesso, impossibilitata a osservarlo da una posizione privilegiata: il senso, per la semiotica, può essere solo moltiplicato e interpolato per generare nuovi significati che chiariscano i vecchi (Paolucci 2010; Fabbri 2017; Basso Fossali 2017). Per questa ragione in semiotica ogni dimensione definita antepredicativa non può che risultare una dimensione post-predicativa, cioè il risultato di un'interpretazione di discorsi che non ci permette di risalire il flusso del senso fino al suo fondamento, ma solo di manipolarne degli aspetti e di rilanciarne degli effetti, mantenendosi interna al senso stesso (Marsciani 2012b; Galofaro 2019). La semiotica concepirà, allora, l'atto di *comprensione fenomenologico* come una *produzione di comprensibilità* e le strutture trascendentali come forme significative di discorso che fungono da *interpretanti* per mettere in relazione dimensioni semiotiche differenti. In altre parole, *soggettività, temporalità, spazialità, intersoggettività*, non sono per uno sguardo semiotico delle categorie ai fondamenti dell'esperienza che costituiscono lo sfondo trascendentale a garanzia di una sua comprensibilità e condivisione. Esse sono dal nostro punto di vista delle elaborazioni concettuali (*interpretanti*) spendibili che possono essere utilizzate per trasformare e dare forma a un significato esperienziale, la cui comunanza è sempre locale, immanente e spesso minacciata da indeterminazione (Basso Fossali 2008). Quelle che la fenomenologia pone a condizioni di possibilità del senso sono dunque, per la semiotica, delle creazioni *ad hoc*, dei prodotti dello stesso senso che cercano di spiegare e che ci illudono di poter risalire. In realtà, queste categorie non fanno altro che farci muovere su diversi *piani enciclopedici* (Paolucci 2010) che si rimandano reciprocamente in cerca di comprensibilità.

Ecco allora che l'atto di *comprensione* dello psichiatra va inserito in una prospettiva più vasta in cui nulla è assicurato,

ma tutto è in gioco: non c'è una garanzia trascendentale che tenga, e il senso della schizofrenia è qualcosa che può essere solo *arrischiato* (Landowski 2005) in un'economia di significati che tenga conto delle dimensioni culturali, sociali e personali coinvolte (Basso Fossali 2017). Ogni atto di comprensione deve essere inteso come una di *produzione di significati* che punta a una *interpretazione* condivisibile, la cui unica garanzia di permanenza sono quelli che Peirce chiama i *concepibili effetti pratici* della semiosi (CP 5.438).

Il fatto è che l'idea stessa di comprendere, per come viene spesso intesa, risulta fallace: non c'è senso da comprendere, ma da costituire. Il problema non è la comprensibilità dell'altro, ma reperire un'angolatura, una prospettiva di appaiamento e di analogizzazione che ci permetta un grado di "comprensività", di inclusione delle prospettive per pervenire a un senso co-gestibile. Comprendersi non è che contrattare efficacemente un assetto duale della comunicazione tale per cui i discorsi prodotti possano avere degli effetti di senso cogestibili, nel mentre si sonda il senso stesso di questo fare regolativo, di questa tensione a un senso comune. (Basso Fossali 2009, 64)

La *comprensibilità* dell'esperienza schizofrenica non può essere così garantita da nessuna fondazione, essa potrà divenire solo un'ipotesi di ricerca tutta da dimostrare e da testare. È solo analizzando la dimensione semiotica delle manifestazioni schizofreniche che potremo rintracciarne le dimensioni di sensatezza, individuando i sistemi che veicolano senso e lo trasformano.

La nostra scommessa epistemologica non è allora quella di raggiungere, ma di *costruire una comprensibilità dell'esperienza schizofrenica* utilizzando la semiotica come strumento di indagine rigoroso, capace di fornire un supporto attraverso una visione globale ed ecologica del senso. È necessario esaminare l'esperienza dello schizofrenico anche come abitante della cultura, come un produttore di segni: indagando i processi di significazione e il loro funzionamento tenteremo di avvicinarci all'alterità sensata di cui lo schizofrenico è portatore, come di alterità siamo portatori tutti.

L'analisi semiotica potrà fungere da tramite, da struttura, per gettare un ponte verso quello che da molti è stato definito un abisso, per dargli una voce troppo a lungo dimenticata e ci doterà di strumenti per ascoltarla.

Siamo giunti, quindi, alla fine della prima tappa di questo percorso. Abbiamo fin qui *mappato il confine*, mostrando come la schizofrenia possa essere intesa come un problema semiotico attraverso una lunga panoramica sui metodi di diagnosi, sulle rappresentazioni culturali e sulle teorie psichiatriche più importanti, e ne abbiamo tratto alcune considerazioni che possiamo ora riassumere:

1. La schizofrenia non è una malattia nel senso medico del termine, né è un fenomeno riducibile al funzionamento organico; allo stesso tempo, essa non è un'invenzione o il frutto del discorso di alcuni psichiatri. Da un punto di vista puramente semiotico essa è un *fatticcio* definito come un'ipotesi di disturbo che rivela costantemente la sua natura di ipotesi. Questa ipotesi di disturbo unifica una serie di modificazioni nell'esperienza di alcuni soggetti che forniscono dei resoconti simili tra loro e che manifestano comportamenti assimilabili. A partire da un *pattern* stabile di queste manifestazioni, si è stabilito di vedere alcuni di questi elementi come degli indicatori, dei *sintomi*, che indicano una certa modificazione *tipica* dell'interazione di un soggetto con il proprio mondo e con gli altri. Il carattere del disturbo e quello dei sintomi a esso associati sono, così, intrinsecamente semiotici e campo di conflitto di valori volti a tentativi di definizione.

2. L'instabilità del concetto di schizofrenia all'interno dell'episteme psichiatrica e l'incapacità di ricondurre l'esperienza della schizofrenia a una forma di malattia definita esigono una serie di operazioni di stabilizzazione semiotica attivate da un movimento traduttivo tra altri domini culturali e la psichiatria. Questi domini esterni reagiscono in due modi differenti: o distorcono l'immagine della schizofrenia, riducendone la complessità attraverso una serie di *miti*, oppure tentano di *soccorrere* la psichiatria cercando di trasformare e rendere com-

presibili alcuni aspetti dell'esperienza schizofrenica attraverso diverse forme di narrativizzazione. Inoltre, abbiamo riflettuto su quanto questa forma di *soccorso* sia non solo di aiuto, ma all'origine del concetto stesso di schizofrenia.

3. La psichiatria ha invece cercato di stabilizzare il concetto di schizofrenia cercando di limitarne la carica eversiva attraverso delle forme di discorsivizzazione che potessero in qualche modo riportare lo sconosciuto e l'incomprensibile al conoscibile e all'indagabile sotto diverse forme. La prima modalità (oggi più in voga) è quella tipica della psichiatria neurocognitiva, che riporta la schizofrenia a una presunta *irrazionalità* legata a un *deficit cognitivo* causato da un problema organico. Abbiamo indagato anche le *teorie del regresso* e quelle che vedono la schizofrenia come disturbo *causato* dalla società, dalla cultura, dal sistema economico. Tutte riportano la schizofrenia alla forma discorsiva dell'*alienità*. Una seconda forma di *discorsivizzazione* è quella di *negare* l'esistenza del disturbo, esorcizzando così il problema che esso pone alla psichiatria, definendolo come un puro simulacro discorsivo frutto dell'organizzazione sociale. Una terza via è invece quella della piena accettazione del carattere enigmatico della schizofrenia che la caratterizza come *alterità assoluta e incomprensibile*. Nessuno di questi approcci può porsi come fondamento di una indagine semiotica che desidera mettere al centro le modalità attraverso cui il *sensu* si forma e si articola nella schizofrenia. Esse ricacciano sempre la *sensatezza* di questa *esperienza* attraverso una serie di rifiuti, di negazioni, di riduzioni, di esaltazioni, estromettendo gli schizofrenici dalla possibilità di partecipare attivamente all'indagine che li riguarda.

4. Bisogna ricercare alleati nel campo della psichiatria in approcci che riconoscano alla schizofrenia la possibilità di parola, che ritengano che il *sensu* e la *significazione* siano dei tratti caratteristici della vita di uno schizofrenico quanto lo sono della nostra. Un aiuto in questo ci viene dalla psichiatria fenomenologica, che offre metodi di spiegazione e descrizione basati sulla intrinseca significatività del mondo schizofrenico, sull'esperienza, sull'auto-interpretazione, sul dialogo, sulla rinuncia

al pregiudizio, in grado anche di lanciare uno sguardo nuovo sulla ricerca scientifica *evidence based*.

5. Se si può partire dalla fenomenologia, bisogna comunque sempre tenere conto dei limiti di ogni tentativo di comprensione, dando spazio non solo alle parole dei pazienti a colloquio ma di tutti quei fattori che intervengono come *alterità costitutrici in quel percorso di senso*, sempre situato e locale. In questo senso la *cultura, la società e la persona* sono tutte dimensioni da prendere in considerazione nel tentativo di comprensione.

È da questo punto che dovrà partire la nostra indagine nella seconda parte del lavoro: l'esperienza schizofrenica è indagabile perché essa è significativa e commisurabile a quelle altrui. Dal nostro punto di vista, questo legame non è fornito dalle strutture trascendentali dell'esperienza, o dalle strutture del *Dasein* di cui parla Binswanger, ma da una forma di intersoggettività più profonda che ci porta a identificare tanto le une quanto le altre. È una critica fondativa quella della semiotica alla fenomenologia, per cui la dimensione ante-predicativa viene sempre inferita a partire da una dimensione predicativa e ne costituisce un effetto più che un fondamento. Per la semiotica, sono i sistemi di significazione che modellano il senso e che ne permettono un accesso sempre mediato (Paolucci 2010). Sono il senso e la semiosi le dimensioni che garantiscono l'intersoggettività e una tenuta dell'esperienza soggettiva (Marsciani 2012a). Dove c'è senso, c'è possibilità di *comprensione* attraverso un atto trasduttivo che riesca a trasportare i significati da un sistema di significazione a un altro (Fabbri 1998). In questa operazione di trasduzione si creano nuovi significati che diventano *interpretanti* alla base di nuove comprensioni: cioè il *senso*, dispiegato in una operazione comprensiva e ricavato come significato di una determinata espressione, è sempre pronto a divenire nuova espressione a cui dare significato. Il *senso* per la semiotica non si può risalire, si può solo produrre. Lo sforzo di un semiotico è allora quello di fabbricare nuovo senso sul già sensato (Paolucci 2010), di gettare reti che necessitano reti.

La seconda parte sarà dunque dedicata a un primo tentativo di ingresso in quel *territorio sconosciuto* che è l'esperienza schizofrenica. Qui bisognerà costruire i nostri strumenti man mano, disegnando mappe che ci permettano di svelare il territorio.

Trattandosi di un percorso nuovo è cruciale scegliere il punto di ingresso per iniziare l'esplorazione. Abbiamo deciso di partire dall'aspetto linguistico della schizofrenia per diverse ragioni. La prima è una ragione strategica: il linguaggio è il dominio dove la semiotica è nata e dove si è esercitata con il maggior successo e rilevanza nell'economia del sapere, è qui che l'efficacia dei suoi strumenti è stata maggiormente riconosciuta dagli studiosi appartenenti a diverse branche e discipline. Il linguaggio schizofrenico si configura, quindi, come il campo in cui la nostra indagine presenta maggiori possibilità di successo e di integrazione dei diversi approcci.

La seconda è invece una ragione teorica: dove Basaglia e Foucault ci parlano della forza della parola *sensata* e del *linguaggio originario*, e l'ermeneutica della possibilità di comprendere la persona a partire dai suoi discorsi, il DSM-5 pare invece porre in dubbio la possibilità di tale accesso, individuando nei sintomi principali della schizofrenia un linguaggio disorganizzato e irrazionale. Se il tentativo di comprendere il senso dell'esperienza schizofrenica deve partire da un dialogo e dall'ascolto, il primo terreno di gioco in cui si arrischia l'impresa di comprensione è, allora, esattamente il linguaggio.

Ecco che il linguaggio si configura sin da subito come il guado al confine tra *normalità* e *folia*, di cui bisognerà testare la praticabilità nella seconda parte del volume. Saremo condotti in questo percorso dalle parole degli abitanti di un luogo misterioso: i naufraghi poliglotti che ci riporteranno a casa, speriamo, con una lettera di invito.

Parte seconda

Dall'altra parte del senso
Semiotica, Schizofasia e Soggettività

Capitolo 4
Persi nell'Enciclopedia: una prospettiva semiotica sulla schizofasia

*Umanità, viventi,
torre di Babele e lasciò tormenti
Vigor di voci
ai piè dei fantasmi ritrovò
esuli immensi ruscelli*
Feliciano F. paziente di Sergio Piro
in Piro 1992:60

Si è deciso di intraprendere il percorso nell'esperienza schizofrenica partendo da una necessità concettuale. Una semiotica che punti alla *costruzione di una comprensibilità* dell'esperienza schizofrenica si trova immediatamente di fronte a un ostacolo del tutto atipico: il linguaggio.

Generalmente, infatti, un incontro terapeutico, sia che esso miri all'esplorazione dei vissuti sia che verta su semplici conversazioni quotidiane, avviene attraverso un'interazione dialogica. Il linguaggio, quindi, costituisce, normalmente uno spazio comune da abitare per definire, indagare e, auspicabilmente, risolvere i problemi del paziente. Ma cosa accade quando questo spazio si frammenta in mille pezzi o implode trascinando con sé ogni possibilità di significato?

Una delle caratteristiche fondamentali del disturbo schizofrenico è infatti la presenza di un linguaggio ambiguo, disconnesso e sempre sul punto di esplodere che si insidia in modo pervasivo in ogni anfratto del disturbo, costituendo, ad esempio, una componente fondamentale delle allucinazioni uditive e delle narrazioni deliranti (Cardella e Falzone 2021). È, insomma, ormai conclamato che ci sia un legame strettissimo tra la di-

mensione linguistica e il disturbo schizofrenico, e sembra proprio che «l'alterazione schizofrenica colpisca il punto di sutura tra pensiero, linguaggio e coscienza» (Pennisi 2003, 109). Nel linguaggio già si esprime tutta la complessità dell'esperienza e del vissuto schizofrenico, al punto da poter affermare che proprio la diversità del linguaggio è una causa fondamentale della riduzione ad *alogos* della figura del malato (cfr. *supra* §2). In effetti, il linguaggio schizofrenico è capace di creare quello che Lo Piparo (2001) chiama un *muro divisorio*, un'impressione di distanza e incomprendibilità che viene ricondotta all'assoluto *non-senso*.

In questa seconda parte, partendo dal parlato schizofrenico e analizzandone tutte le manifestazioni, cercheremo di *costruire* la possibilità di ascolto di una voce troppo a lungo ridotta a silenzio. In particolare, il capitolo 4 è dedicato all'analisi dell'universo linguistico della schizofrenia e cercherà di fornirne un'interpretazione *sub specie semiotica*. Ci addenteremo, quindi, nelle manifestazioni abnormi del linguaggio schizofrenico che ci appariranno tanto più strane e incomprendibili quanto più terremo conto che esse possono essere circoscritte a fasi o a episodi particolari – o non manifestarsi mai – e che solo in alcuni casi accompagnano lo schizofrenico per tutta la vita (Kuperberg 2010). La tesi fondamentale che tenteremo di dimostrare è che non c'è mistero nel linguaggio schizofrenico, perché ogni manifestazione schizofasica si poggia e sfrutta le possibilità offerte dalle strutture del linguaggio. In questo senso, lo vedremo nei capitoli 5 e 6, la schizofasia costituisce non un disturbo delle facoltà linguistiche, ma una modalità diversa di abitare la dimensione del significato. Una semiotica può, attraverso i suoi strumenti, svelare questa modalità e fornire le chiavi di comprensione di una *parola* a lungo rigettata ma capace di svelare all'interlocutore l'immensa complessità del mondo che ognuno inconsapevolmente abita ogni giorno: quello del linguaggio.

4.1. *L'importanza del linguaggio schizofrenico: dalla "confusione verbale" all'"eloquio disorganizzato"*

L'aspetto linguistico è da sempre considerato elemento fondamentale nello studio della schizofrenia. Le ragioni di questo interesse non sono connesse solamente alla specificità e stranezza del linguaggio schizofrenico, ma vanno anche rintracciate in un profondo legame che la psichiatria aveva intrattenuto con l'analisi linguistica sin dalla fondazione pineliana e per tutto il secolo precedente all'individuazione nosografica della *dementia praecox* (cfr. Dema 2021).

Appare dunque del tutto naturale che Kraepelin, già nella quinta edizione del *Trattato di psichiatria* (1896), si sia interessato al linguaggio schizofrenico. Non avendo la possibilità di rintracciare con certezza la collocazione neuronale del disturbo, Kraepelin si interessò infatti alle modalità funzionali attraverso cui esso si esprime, cercando di identificare un elemento nucleare di tutte le manifestazioni sintomatiche. Lo psichiatra tedesco rintracciò questo elemento nell'allentamento della tessitura ideica, che chiamò *decorso ideativo*, identificando la sua manifestazione principale proprio nel linguaggio schizofrenico:

Manca direzionalità del pensiero costretto sempre a tornare indietro, rimangono sempre all'inizio del discorso, ricominciano sempre di nuovo invano il discorso stesso e finalmente perdono di vista in modo completo il fine. (Kraepelin 1907, II, 226).

Questo passo testimonia come, per la prima volta nella storia della psichiatria, il linguaggio sia connesso al pensiero da un punto di vista funzionale e ne diventi il livello di manifestazione. Per Kraepelin, le stereotipie, i manierismi, le verbigerazioni dei pazienti sono i piani in cui si esprime la dimensione mentale del disturbo, la causa psichica sottostante. Come fa notare Pennisi, si tratta di un fenomeno completamente nuovo che getta le basi per le future analisi cognitive della psicopatologia:

È quindi la semiotica il luogo di alterazione dei processi cognitivi. Non tanto per il rapporto isolato tra i significanti e i rispettivi significati, quanto per la valenza complessiva che il comportamento semiotico assume nella determinazione e nella ricchezza del mondo concettuale. (Pennisi 1998, 56)

Inizialmente, Krapelin chiamò «confusione verbale» il tratto caratteristico del linguaggio schizofrenico che costituiva il lato manifesto del *decorso ideativo*, ma nel 1913 decise di modificarne il nome e di allargarne il campo nominando *schizofasia*¹ l'intero complesso dei disturbi del linguaggio schizofrenico. In quegli stessi anni, Bleuler propose una caratterizzazione dei disturbi linguistici praticamente identica a quella di Krapelin, offrendo però maggiore attenzione al resoconto delle manifestazioni linguistiche. Anche per lo psichiatra svizzero, il linguaggio è specchio diretto del disturbo fondamentale del pensiero, identificato però nella dissociazione psichica, la *Spaltung*: «blocchi, povertà di idee, incoerenza, intontimento, idee deliranti, anomalie affettive trovano nella lingua la loro espressione; l'anomalia non sta nel linguaggio in sé, ma in ciò che il linguaggio deve dire» (Bleuler 1911, 206). All'origine stessa del concetto di schizofrenia si rintraccia dunque un profondo legame con l'analisi del linguaggio schizofrenico, considerato come la dimensione osservabile di un soggiacente disturbo del pensiero.

Da questo quadro iniziale si aprirà lo spazio per un'interpretazione psicologica della schizofasia, che si unirà alle correnti puramente descrittive e a quelle esplicative *organiciste* nate in precedenza², e che sarà fondamentale per tutti gli studi

¹ Piro (1967, 222) fa notare come il termine nasca dall'accettazione della terminologia bleuleriana (schizo-) e dalla ripresa e dal tentativo di paragone con gli studi sull'afasia (-fasia). Nel tempo, il termine ha spesso perso il significato di insieme del parlato schizofrenico per circoscrivere i soli disturbi di tipo semantico-lessicale. In ogni caso, in questo capitolo il termine schizofasia si riferisce alla prima accezione, ed è sinonimo di linguaggio schizofrenico in tutte le sue manifestazioni. Quando il termine sarà utilizzato in altro modo, sarà specificato

² Altre interpretazioni molto diverse da questi modelli, ma successive, sono quelle di tipo strutturale (Piro 1967, 1992) più focalizzate sulle caratteristiche del linguaggio schizofrenico dove l'interpretazione del fenomeno è principalmente linguistica, e

sul linguaggio psicopatologico almeno fino agli anni '80 del Novecento. La tendenza degli studi psicologici è stata quella di inferire o di ipotizzare a partire dal linguaggio quale fosse il *disturbo del pensiero* sottostante che ne costituiva la causa unica³. Il risultato fu un proliferare di teorie divergenti con scarse, se non nulle, evidenze empiriche.

Solo a partire dagli anni '70, quando lo sviluppo delle scienze cognitive classiche influenza gli studi sul linguaggio psichiatrico, si è iniziato a considerare la schizofasia come un disturbo relativo alla sola organizzazione funzionale del linguaggio. Si inizia a pensare che non è il linguaggio schizofrenico a dipendere da un disordine del pensiero, ma al contrario, che il disordine del pensiero derivi da un problema della facoltà di linguaggio, in particolare dall'incapacità di organizzare la struttura sintattica del discorso (Chaika 1974). Si apre così il periodo moderno di studi cognitivi sul linguaggio schizofrenico.

Il problema si ripresenta con la pubblicazione del DSM-3: l'esigenza definitoria connessa alla necessità di coordinare gli studi internazionali portò a una ulteriore ridefinizione della relazione tra disturbo di pensiero e linguaggio schizofrenico. Se da una parte, infatti, si ignorava quale potesse essere il nucleo comune ai diversi disturbi linguistici, dall'altra era facile osservare come tutte le teorie sul disturbo formale del pensiero erano state inferite a partire dal linguaggio che cercavano di spiegare (Andreasen 1979). La proposta fu allora quella di tornare ad analizzare il linguaggio come entità a sé stante, attraverso un paradigma più fortemente descrittivo che evidenziasse in maniera chiara come i disturbi del pensiero coincidessero con le manifestazioni linguistiche della schizofrenia.

Ad oggi l'identificazione tra disturbo formale del pensiero e disturbo linguistico sembra essere definitiva, dato che il DSM-5 raccoglie entrambi sotto lo stesso sintomo nella descrizione sintomatologica dei «disturbi dello spettro schizofrenico», mentre

quelle di tipo fenomenologico che connettono invece il disturbo del linguaggio a un disturbo delle modalità di esistenza soggiacenti (cfr. Binswanger 1963).

³ Per una panoramica su questi studi cfr. Piro 1967; Pennisi 1998.

la dicitura “eloquio disorganizzato” sostituisce completamente il disturbo formale del pensiero nella sezione dei sintomi della “schizofrenia” propriamente detta. Nel DSM, insomma, il linguaggio è ormai considerato lo specchio del pensiero schizofrenico e la caratteristica più evidente del disturbo, sebbene la natura di questo legame sia ancora avvolta in un indecifrabile mistero.

4.2. *Il linguaggio nella schizofrenia*

Grazie al grande interesse che il tema ha suscitato negli anni e alla enorme mole di bibliografia prodotta in più di un secolo di ricerche⁴, la classificazione dei disturbi del linguaggio schizofrenico si presenta oggi come un'operazione ampiamente conclusa. Si conoscono perfettamente le manifestazioni schizofasiche, ma si versa in uno stato di dubbio circa una loro interpretazione. Procediamo allora offrendo una panoramica sui disturbi del linguaggio schizofrenico⁵, partendo direttamente dalla dimensione sintattica visto che la dimensione fonetica, prosodica e morfosintattica non sembrano essere direttamente coinvolte nel disturbo e le alterazioni di questi elementi, quando intervengono, sono dipendenti da altri fattori come le condizioni di vita del paziente o i sintomi negativi (Cutting 1985; Piro 1992).

⁴ Per questo si rimanda a lavori che forniscono una bibliografia vasta e comprensiva sull'argomento: Piro 1967; Pennisi 1998; Falzone 2004a; Cardella 2013; 2017; Bucca 2013; 2020.

⁵ In questo paragrafo forniremo una breve resoconto dei disturbi schizofasici basandoci sul modello di organizzazione proposto da Convigton *et al.* (2005), modificato a partire dall'organizzazione offerta da Valentina Cardella (2013; 2017). Convigton e colleghi propongono un modello che distingue piano fonetico/fonologico, morfologico/grammaticale, sintattico, pragmatico e semantico, dove il piano semantico descrive sia quello che gli autori chiamano disturbo formale del pensiero (relativo alla dimensione linguistica del discorso) sia la schizofasia, intesa qui come dimensione relativa al solo lessico. Noi sceglieremo di dividere il piano semantico in due sezioni: una per la semantica lessicale e una per il discorso.

4.2.1. *Sintassi*

La sintassi schizofrenica non presenta tratti particolarmente divergenti rispetto al normale uso, sebbene si registrino alcune differenze. Su una presunta disorganizzazione delle capacità sintattiche Chaika (1974) ha costruito la sua prima teoria della schizofrenia come *speech disorder*⁶. Infatti, Chaika ritiene che nel discorso schizofrenico le posizioni sintattiche non vengano affatto rispettate (es. «the house burnt the cow horrendously always») e si presentino fallimenti nell'uso dei pronomi e dei tempi verbali. Ma, a ben vedere, più che problemi sintattici, quelli che Chaika enumera sono problemi di ordine lessicale, semantico e discorsivo, che non sono facilmente distinguibili dai comuni errori di uso dei parlanti, come già notato da Fromkin (1975).

Da un punto di vista della pura organizzazione frastica non si evidenziano problemi: la sintassi è sostanzialmente corretta, anche se si presenta in modalità diverse dal normale. Infatti, alla schizofrenia con prevalenza di sintomi negativi è generalmente associata una sintassi semplice e povera, con frasi brevi e concise, mentre nella schizofrenia caratterizzata da deliri paranoici si può assistere alla generazione di periodi iper-complessi con numerose subordinate e coordinate e un uso eccessivo di aggettivi, avverbi e gerundi (un esempio è una lettera di due pagine organizzata in nove periodi fornita in Pennisi 1998, 247 es. 76). Non è un caso quindi che Irigaray abbia affermato che lo schizofrenico «è forse il più rigoroso sintassiere» (Irigaray 1985, 224).

Oltre alla ipo o iper-complessità del periodo, tra le caratteristiche della sintassi schizofrenica sono stati anche annoverati il *loop articolatorio* e l'*effetto valanga* (Dovetto 2015), che consistono in un arenarsi della frase in ripetizioni stereotipiche.

F250: favola di Pollicino? cioè Pollicino va a trovare ehm, Pollicino va a tro-var', un, uno struzzo va a trovare / trova uno struzzo nel deserto,

⁶ Il problema fondamentale della schizofrenia per Chaika è una incapacità di organizzare elementi linguistici in strutture sintattiche significative che mancherebbero, dunque, di una configurazione capace di produrre senso.

uno struzzo, deserto, tro+ Pollicino trov' / va / 'a favol' che, che se trov' 'int' a 'nu 'int' a 'na strada chin' 'e, pien' 'e, 'e alberi, 'e alberi. [Do1] (Dovetto 2015, 110)

Ragionieri accomodatevi, volete un'aranciata? Volete una pesca? Volete un cannolo? Volete una bibita? Volete 20 milioni? 10 milioni? Per colpa vostra io sono stato in una clinica [Fonte: V3] (Pennisi 1998, 141 es. 5)

L'effetto valanga e il loop articolatorio si collocano però a metà tra disturbi sintattici e disturbi semantico-lessicali e discorsivi. Le analisi di Pennisi vanno in questa direzione, evidenziando come, in questi casi, i pazienti schizofrenici cerchino di combattere la deviazione del discorso e recuperare l'obiettivo semantico centrale (Pennisi 1998, 142). Sembrerebbe dunque più plausibile spiegare i fenomeni come una sorta di conflittualità tra attrattori semantici che possono generare delle forme di deragliamento sintattico o di ripetizione di fonemi e parole: ovvero, alcune parole nel discorso costituiscono per il parlante schizofrenico un centro di interesse semantico particolare, che blocca il focus e il proseguimento del discorso principale favorendo un arenamento semantico e sintattico. Una tale interpretazione è giustificata ulteriormente dal fatto che proprio la semantica è una delle dimensioni più colpite nel parlato schizofasico.

4.2.2. *Semantica e lessico*

Sebbene alcune delle abilità semantiche e lessicali dei soggetti schizofrenici appaiano perfettamente integre come, ad esempio, la comprensione delle frasi e il riconoscimento di associazioni semantiche, è indubbio che il dominio semantico sia quello più fortemente compromesso nella schizofasia.

Sergio Piro ha inquadrato con il termine *dissociazione semantica* (Piro 1967, 309-344) le peculiarità del linguaggio schizofrenico, identificando con questo termine un allentamento dei normali nessi che collegano il segno linguistico alla normale infrastruttura semantica del linguaggio: la *dissociazione*

semantica consiste in un vero e proprio disgregarsi dei vincoli semantici adottati in una data comunità linguistica, una perdita del significato pubblico del linguaggio in favore di una sua più o meno forte privatizzazione. Per Piro, tale fenomeno può manifestarsi in quattro modalità differenti a seconda della gravità della manifestazione. Si possono avere fenomeni di *fluttuazione dell'alone semantico*, che si verificano nei casi di aumento e di restringimento della capacità di significare di un segno (come avviene nei casi di linguaggio ambiguo e metaforico del paziente); di *distorsione semantica* (traslazione di significato da un segno all'altro); di *dispersione semantica* (il significato di un termine è confinato a una dimensione intra e meta linguistica); di *dissoluzione semantica* (la perdita assoluta del significato normalmente associato alla parola). Questi fenomeni dissociativi sono particolarmente evidenti a livello lessicale caratterizzato da un frequente ricorso a *paralogismi* e *neologismi* (perfettamente inquadrabili come *distorsioni semantiche*).

Il *paralogismo* è un termine non usato in modo ordinario, che si carica di significati altri rispetto a quelli normalmente ammessi dai parlanti di una determinata lingua. Caso particolarmente efficace per spiegare il paralogismo schizofrenico è quello di Gerardo I., un paziente di Piro con delirio di onnipotenza. Un giorno, parlando con Piro, Gerardo affermò che suo padre era davvero un 'bucaniere' (Piro 1992, 72). Alla domanda del medico sul significato della parola il paziente rispose: «Il bucaniere è un uomo a cui tutte le ciambelle riescono con il buco». Alla contestazione di Piro che faceva notare che i bucanieri erano cacciatori di bufali nell'America centrale, il paziente rispose che anche i cacciatori facevano sempre le ciambelle coi buchi, esattamente come suo padre. Ma cosa vuol dire questo?

G. I. ha probabilmente compiuto un'operazione di divisione della parola 'bucaniere' in: nome 'buca' (= buco) + suffisso '-niere' (suffisso di persona che in italiano è utilizzato per indicare una persona il cui strumento o obiettivo di lavoro è il nome a cui si aggancia). In questo modo, il bucaniere sarebbe colui che fa i buchi, e per il paziente questi buchi sono fatti alle ciambelle. Quindi, un bucaniere è colui che fa le ciambelle col

buco, cioè fa le cose in maniera corretta e infallibile. Essendo G.I. preso in un delirio di onnipotenza, si ritiene infallibile, cioè una ciambella col buco. Il padre che lo ha generato è pertanto un bucaniere.

Molto spesso le distorsioni paralogiche sono determinate anche da osservazioni sull'aspetto morfologico o grammaticale di una determinata parola. Un paziente del Mandalari, riportato in Pennisi (1998: 210), ad esempio, usava la parola 'sporco' con il significato [pulito], perché chiaramente intendeva la parola sporco come una parola composta da 's-' intesa in senso privativo + la parola 'porco'. Essendo il porco un animale noto per la lordura, ecco che la s- privativa indicava l'assenza della qualità del porco cioè la sporcizia, e pertanto 'sporco' [pulito].

Non sempre però i paralogismi sono comprensibili e così chiari. È il caso di un paziente del Mandalari che usava la parola 'mammina' per 'vagina' (Pennisi 1998), o di un altro che usa la parola 'seppia' per indicare un mezzo di trasporto e la parola 'pesca' per indicare il suo patrimonio (Cardella 2013, 53).

Altro elemento frequente è il *neologismo*, una neoformazione linguistica nata dalla soggettività dei malati. In psichiatria il termine è stato introdotto per la prima volta da Snell (1852) ed è stato studiato approfonditamente da Séglas (1892), che distinse i neologismi in *attivi* e *passivi*. I neologismi passivi, tipici degli stati catatonici, sono una forma di uso del linguaggio in cui il soggetto non manifesta alcuna intenzione di comunicare. Traccia di questo uso passivo è presente in *Diario di una schizofrenica* (Sechahye 1950) dove la protagonista Renéé ricorda che in alcune fasi della sua vita parlava utilizzando parole come «ichtiou, gao itivaré, gibastou, ovédé» che non significavano niente di per sé. Renéé ci dice che l'unica ragione per cui pronunciava tali parole era legata ai suoni e il ritmo della pronuncia che avevano l'effetto di calmarla (Sechahye 1950, 89). Il significato dei neologismi passivi si schiaccia, insomma, sul *piano dell'espressione* del segno ed è strettamente connesso a una manifestazione emotiva del paziente.

Il *neologismo attivo* risponderebbe, invece, a una esigenza di veicolare un significato che non trova corrispondenze nel-

la lingua comune ed è spesso connesso agli stadi deliranti. Ad esempio, Schreber (1903) chiama 'raggi divini' gli strumenti utilizzati da Dio per trasformarlo in donna, un paziente di Piro (1992) usa la parola 'Ftarone' per indicare una particella ondulatoria che compone i raggi con cui gli rubano i pensieri, un altro il termine 'armonide alfa' per indicare un chip che collega il cervello con la materia, e così via⁷.

A volte il neologismo è utilizzato dallo schizofrenico per disambiguare o specificare un termine: tra i pazienti di Piro (1967, 408), ve n'è una che usa il termine 'curutiello' al posto di 'fidanzato', giacché il fidanzato è quello con cui si svolgono attività ricreative, mentre il curutiello è colui che si impegna e si prende cura della propria compagna; un altro paziente usa 'barbiglione' per indicare un vecchio perché la parola 'vecchio' è troppo generica e può essere utilizzata anche coi giovani quando si dice 'vecchio mio!'.

Passiamo ora ad analizzare quelle manifestazioni che Piro fa rientrare nel campo della *dispersione* e *dissoluzione semantica*. In alcuni casi, l'invenzione paralogica e neologica possono portare alla costruzione di veri e propri idioletti che si esprimono nel fenomeno della *glossolalia*, ovvero nel proferimento di intere frasi incomprensibili fatte da parole inventate:

o/vio/profe/o/vio/proto/o/vio/loto/o/thethe/kohan/taver/ten-
sur/purtan/pho/ti/ti/ananti/phatiame/fa/ti/tiame/ta/fatridi/o/de-
di/a/dada/orzoura/o/dou/zoura/adada/skizi/o/kaya
(Artaud 1945, 183-184)

Non vi avvicinate a efa Vanni Mezzosalmi Viottolo Alia è (gis)
Ozua Vauvarvi a orditura Orsan Michele Gervasio, a ozio azzimo
ammacca Varato ano Zeilo. (Pennisi 1998, ex.59)

⁷ Un caso particolare di invenzione neologica è offerto da un paziente del Mandalari che attorno al monema 'tiloti' ha costruito una vera e propria morfologia, inventando verbi, tempi, modi, aggettivi, suffissi e prefissi che indicano un contenuto erotomane (cfr. Pennisi 1998, 208).

In questi casi si assiste all'assoluta perdita della comprensibilità del parlato schizofrenico. La *glossolalia* è senza dubbio il caso più grave di manifestazione schizofasica, che per molti interpreti indica lo sgretolamento definitivo del pensiero del paziente. In realtà, sia Pennisi (1998) che Piro (1967, 1992) hanno perfettamente messo in luce come la glossolalia non si sostituisca mai a un linguaggio comprensibile, ma sia piuttosto il risultato dell'isolamento del soggetto nell'istituzione manicomiale (Piro la chiama, infatti, un *canto di prigionia*).

Tra le manifestazioni lessicali più gravi troviamo le *stereotipie* e il *mutacismo*, spesso correlati all'isolamento manicomiale (Piro 1992; Bucca 2014, 2020). Questi fenomeni non sono tipici della sola schizofrenia, comparando come manifestazioni di altri numerosi disturbi (ASD, disturbo paranoide, etc.). Il mutacismo è spesso associato alla catatonìa e si verifica quando il paziente smette di parlare per periodi prolungati che possono interrompersi all'improvviso (come il caso di Nijinsky, descritto al capitolo 1). La stereotipia consiste nella ripetizione continua di parole, sintagmi o frasi come formule non dotate di significato, che fungono da «sintagmi-boa» (Pennisi 1998, 183) nel parlato schizofrenico (es. *Leus, leus, leus deus, deus, deus, deus, gneus, gneus, gneus*, Piro 1992, 39). Con la chiusura dell'istituzione manicomiale, in Italia si è registrata una frequenza molto ridotta di questi fenomeni linguistici che a oggi non sono più prevalenti e, anzi, quasi scomparsi.

Neologismi, paralogismi, glossolalie e stereotipie sono fenomeni piuttosto evidenti che però non ricorrono con la stessa frequenza di altre manifestazioni più sfumate che costituiscono l'asse centrale della schizofrenia. Il disturbo *semantico* più diffuso e anche quello meno eclatante si manifesta nell'ambiguità del linguaggio schizofrenico: si tratta di quei fenomeni che Piro identifica nella *fluttuazione dell'alone semantico per allargamento o restringimento*. Il linguaggio schizofrenico appare spesso o rarefatto o troppo referenziale, o troppo concreto o troppo astratto. Questi effetti sono causati da un continuo allargamento e restringimento del significato delle parole a opera di sineddoci e metonimie. Ad esempio, un paziente di Piro usa la parola 'purga' per indicare qualsiasi

tipo medicina (1967, 403), compiendo chiaramente una metonimia in cui il concreto è utilizzato per l'astratto; un altro svolge invece un'operazione contraria quando dice «la scienza medica mi ha riempito il corpo di salute» (Piro 1967, 463) per dire che i medici gli hanno fatto una iniezione. Un paziente di Bleuler (1911, 43) dice: «Meravigliosa è la montagna che si disegna nei rigonfiamenti dell'ossigeno», dove per 'ossigeno' il paziente intende l'aria. Spesso *astrattismo* e *concretismo* semantico sono rintracciabili nella stessa frase, come ad esempio «Questi preti sono a tramare per fare una soppressione generale delle forze dell'espressione dei sentimenti di odio e amore» (Piro 1992, 57): qui i 'preti' sono i bigotti, la 'soppressione generale' è l'uccisione, le 'forze dell'espressione dei sentimenti' sono gli artisti. In alcuni casi l'uso astratto del linguaggio e determinate scelte lessicali possono condurre al fenomeno definito *manierismo*, caratterizzato da un uso del linguaggio affettato, magniloquente e innaturale, spesso accompagnato da un modo di vestire e di muoversi esageratamente costruito quasi come se il paziente stia recitando un ruolo (Binswanger 1956, 151).

Il fenomeno che più tiene insieme dimensione semantica, pragmatica e discorsiva è l'*uso ludico del linguaggio*, detto anche *logolatria* (Tanzi 1889-90), o *interpretazione filologica* (Pfersdorff 1935). Si tratta di un fenomeno che indica una perdita quasi totale della dimensione referenziale del linguaggio in favore di una ruminazione metalinguistica (Cutting 2019). In questi casi notiamo una estrema attenzione rivolta alla parola, che viene smembrata e osservata in tutte le sue componenti, poi utilizzate per generare nuove parole. L'intero contenuto del discorso si riorganizza senza apparente scopo attorno alle riflessioni metalinguistiche operate sul discorso stesso.

A me non piace la televisione, piacerebbe la tele, ma non la visione, più la sione che la vi, perché la vi mi ricorda la lettera V che è nella TV che significa televisione e a me non piace. (Piro 1992, 44)

[Paziente di fronte a tavola con macchia di Rorschach con due linee rosse parallele] questo rosso è come un fosso, se volete sapere cos'è: sembra una cosa rossa affossata, un fosso arrossato. (Piro 1967, 380)

Per i pazienti le parole possono assumere un ruolo quasi sacrale, sono strumenti magici che vanno rispettati e contemplati. Il potere della parola è tale che l'operazione di smontaggio e rimontaggio dei significanti invade anche il mondo. Un esempio perfetto è il caso di Lola Voss descritto da Binswanger, la quale riusciva a «leggere qualcosa in tutte le cose» (Binswanger 1963, 264). Ad esempio, Lola arretra terrorizzata di fronte a un signore con un bastone da passeggio dalla punta di gomma perché, rivela a Binswanger, 'bastone da passeggio' in spagnolo è 'bastón', la sillaba finale 'on' invertita è 'no', 'gomma' in spagnolo è 'goma', la cui prima sillaba corrisponde alla parola inglese 'go': per Lola Voss il bastone di gomma parla inglese e le intima «no go!», cioè «non proseguire!». Il bastone è quindi per Lola uno strumento che annuncia un presagio di un pericolo.

Spesso l'uso ludico del linguaggio può creare quell'effetto di *deragliamento* tipico del parlato schizofrenico che consiste nel passaggio da un tema a un altro, e che è al centro dei disturbi schizofrenici del discorso, vero fulcro dei disturbi formali del pensiero schizofrenico.

4.2.3. Discorso

Il discorso schizofrenico presenta una scarsa coesione interna (i nomi vengono ripetuti con scarsa presenza di pronomi, questi ultimi, quando usati, spesso non rimandano a un nome di riferimento) e una notevole incoerenza tematica. Il discorso si perde, le frasi non sono legate da un obiettivo comunicativo e lentamente si allontanano dal nucleo centrale della discussione. Ogni frase rimanda a un'altra, ogni pensiero sfocia in un altro. Queste caratteristiche sono chiamate *deragliamento*, *tangenzialità*, *incoerenza*.

Il *deragliamento* è, potremmo dire, il nucleo degli altri due e consiste in *una perdita della coerenza e dell'obiettivo del discorso*, le cui connessioni diventano sempre più deboli fino a uscire completamente fuori traccia:

Cara mamma, oggi mi sento meglio di ieri. Veramente non mi va per niente di scrivere; ma in fondo mi piace lo stesso parecchio scriverti. Posso ben fare due cose alla volta. Avrei gradito molto se ieri, domenica, tu, Luise e io avessimo avuto il permesso di andare nel parco. Da Stefansburg c'è una bella vista. In fondo, è molto bello al Burghölzli. Luise ha scritto Burghölzli sulle ultime due lettere, che ho ricevuto, voglio dire sulle copertine, no, sulle buste. Io, invece, ho scritto Burghölzli dove si mette la data. Al Burghölzli ci sono anche pazienti che dicono Hölzliburg. Altri parlano di fabbrica, che si può anche prendere per una casa di cura. Scrivo su carta. La penna che sto usando viene da una fabbrica che si chiama Perry e Co. La fabbrica è in Inghilterra. Lo suppongo. Dietro il nome Perry e Co è incisa con uno scarabocchio la città di Londra, ma non la città. La città di Londra è in Inghilterra. Lo so dalla scuola. Mi è sempre piaciuta la geografia. Il mio ultimo insegnante di geografia fu il professor August A. Aveva gli occhi neri. Mi piacciono gli occhi neri. Ci sono anche occhi blu e occhi grigi e altri ancora. Ho sentito dire che il serpente ha gli occhi verdi. Tutti gli uomini hanno gli occhi. Alcuni sono ciechi. I ciechi sono guidati per il braccio da un ragazzino. Deve essere terribile non veder niente. (Bleuler 1911, 41)

La *tangenzialità* si presenta come un deragliamento in risposta a una domanda. Il tema centrale della domanda è solo accennato, per poi dirigersi completamente off-topic. Un caso esemplare è un paziente di Bleuler che alla domanda 'Chi era Epaminonda?' risponde:

Epaminonda fu un potente, in particolare per mare e per terra. Condusse grandi manovre navali e battaglie navali contro Pelopida, ma durante la seconda guerra punica fu colpito alla testa dal naufragio di una fregata corazzata. Viaggiò per mare da Atene al boschetto di Mamre, vi portò viti e melograni della Caledonia e vinse i Beduini. Assediò l'Acropoli con delle cannoniere e fece bruciare i soldati della guarnigione persiana come torce viventi. Il Papa successivo Gregorio VII – beh – Nerone seguì il suo esempio e bruciò trami-te i druidi tutti gli ateniesi, tutte le generazioni romano-germanico-celtiche, che non erano viste favorevolmente dai preti e questo accadde il giorno del Corpus Domini in onore del Dio del sole Baal. È questo il periodo dell'età della pietra. Punte di lancia di bronzo. (Bleuler 1911, 38)

L'*incoerenza* è un fenomeno più grave: il discorso appare completamente illogico e si manifesta con il fenomeno dell'*insalata di parole*, cioè con frasi interrotte *ex abrupto* e da parole pronunciate a caso che possono trasformarsi in lunghi elenchi:

Avanti sempre Savoia divino sole del barbagianni amato per dispetto libero integrato di contumacia milite esente ribollito oppur no? Il signor perucco pur da un lato che si distende convenite come un antico Fogazzaro limaccio bustaiolo oppur no? (Piro 1992, 19)

Come la glossolalia, anche l'insalata di parole può essere connessa a un contenuto puramente delirante e può cessare se il paziente ritiene che sia il caso. È il caso di Sasà, detto la Divina, paziente di Piro, che ricorre all'insalata di parole quando è in preda a un delirio relativo alla discordanza tra il genere femminile a cui sente di appartenere e il suo essere nato uomo. Sasà chiama la sua immagine femminile *chella fetente*. Piro era in grado di disinnescare *chella fetente* esercitando gentilezza nei confronti di Sasà: solo chi si rivolgeva a Sasà senza ansia né timore riusciva a non essere investito dalla valanga di parole e a parlare con la Divina.

SA. (*irrompendo in Direzione e gridando*) «Chella fetente... chella scur-nacchiata... mannaggia 'a morte... s'adda accidere, adda murì... s'a faceva cu 'a sarta, Concettina Buonanno... 'a megliu aristucrazia 'e Napule... veneva pure 'o principe 'e Savoia... (*continua così senza alcun nesso apparente e con forte partecipazione emozionale per qualche minuto*)

PIRO (*interrompendo bruscamente ma con cortesia*): «Scusami Sasà, mi fai fare un colpo di telefono?»

SA (*premuosamente*): «Ma certo, direttore, fate pure... datemi però prima una sigaretta»
(Piro 1992: 24)

A questi fenomeni principali di incoerenza e perdita dell'obiettivo del discorso sono associati altri relativi al grado di informatività del discorso. A volte, infatti, i pazienti sembrano *accelerare*

improvvisamente il proprio pensiero e incasellano frasi su frasi in rapida successione senza neanche concluderle, come se non volessero perdere il filo del discorso (Pennisi 1998). Altre volte invece il discorso perde di qualsiasi informatività e il paziente si perde in dettagli inutili, come nel caso della *circonstanzialità*:

D: come sta Rita?

R: Rita sta bene, Rita è un altro fatto sessuale per cui io... è molto interessante il fatto di Rita, Rita Panucci era una bellissima ragazza, per cui io, tanti anni fa, la vedetti e ricorreva la festa della madonna di Capo Colonna nel 1959. Io avevo quattro anni. Quando io avevo quattro anni io non volevo andare nella festa perché avevo la febbre [...]. (Pennisi 1998, 139)

Nei casi più gravi di circostanzialità, lo schizofrenico parla per ore senza aggiungere nessun contenuto informativo alla frase. È il caso della *verbigerazione*⁸, spesso associata anche alla *stereotipia*:

perché qui c'è Rosetta, Magnini e Cervato, che possono mischiarsi con voi, perché non gli fa schifo in questa clinica fetente dei cinquantaquattro milioni della Sisal religiosa di Rosetta e Magnini... quest'anno di Rosetta delle ragazze che vanno sopra e sotto per farsi fotografare dall'elicottero venuto a vedere Rosetta, Magnini e Cervato che sono io... e provare a vincere se vi riesce... dite alla suora di non rovesciare la marmitta della Sisal, marmì, marmì di Rosetta e Cervato... (Piro 1967, 468)

4.2.4 Pragmatica

Per molti autori, tutti i problemi linguistici della schizofrenia sono riconducibili a deficit nella dimensione pragmatica⁹

⁸ Come tutti i casi di "dissoluzione semantica" (stereotipia, glossolalia, word-salad, monologhi, etc.) anche la verbigerazione è un fenomeno sempre più ridotto grazie alla rivoluzione dei servizi di cura e alle terapie individuali.

⁹ Autori come Harrod sostengono ad esempio che la schizofrenia sia tout court un problema semiotico, usando però definizione di semiotica piuttosto ristretta che coincide praticamente con la dimensione pragmatica del linguaggio: "the semiotic do-

del linguaggio. Gli studiosi sono concordi nell'individuare una generale incapacità dello schizofrenico di ancorare il discorso a un contesto e a utilizzarlo in situazioni concrete (Bambini *et al.* 2016). In parole povere: «people with schizophrenia say strange things at strange times» (Convigton *et al.* 2005, 92), con un linguaggio che reca in sé «l'impronta dell'inopportunità» (Kraepelin 1908-13, 223). Come Cutting e Murphy (1988) hanno dimostrato, quest'uso del linguaggio è direttamente connesso a un'altra incapacità dello schizofrenico: quella di agire secondo le aspettative sociali e secondo le norme di senso comune. Un esempio significativo di questa distanza dello schizofrenico dalle aspettative sociali è il paziente di Binswanger che, in occasione del Natale, decise di regalare alla figlia malata di cancro una bara, perché le sarebbe stata utile (Binswanger 1956, 58).

Per queste ragioni Chris Frith (1992) sostiene che il nucleo principale del linguaggio schizofrenico è da individuare in un difetto della dimensione pragmatica connesso alle capacità di *mind-reading* (cfr. *infra* §5.2.1). È stato notato, infatti, che i pazienti presentino difficoltà nel rispettare il *principio di cooperazione*, fondamentale per il rispetto delle massime di Grice (1975), che consiste nel tenere conto delle attese dell'interlocutore. Un perfetto esempio di disturbo della pragmatica è rintracciabile in una conversazione tra due pazienti riportata da Laing ne *La politica dell'esperienza* (1967):

Jones (*ride forte, poi smette*): Io mi chiamo McDougal. (*questo non è il suo vero nome*)

Smith: Cosa fai nella vita, ragazzo? Lavori in un ranch o qualcosa del genere?

J.: No, sono un marinaio civile. Siamo ritenuti l'alta società del pattume.

S.: Una macchina per registrare il canto, eh? Credo che una macchina per registrare a volte canti. Se vanno bene. Mm, mm. Pensavo che fosse quello. Il mio asciugamano, hum, hum. Torneremo in mare tra circa...

main has the structure of saying something to someone. This formula encapsulates the aspects of speech act, reference, pragmatics, and interpretation" (Harrod 1986, 13).

otto o nove mesi, malgrado tutto. Non appena... avranno riparato le nostre parti distrutte (*Pausa*).

J.: Io sono malato d'amore, amore segreto.

S.: Amore segreto, eh? (*ride*)

J.: Già.

S.: Io non ne ho di amori segreti

J.: Mi sono innamorato ma non faccio la corte...siede lassù...assomiglia un po' a me... cammina lassù intorno.

S.: Il mio amore, oh, il mio solo amore, il solo, è il pescecane. Tieniti lontano dalla sua strada.

J.: Ma non sanno che ho una vita da vivere? (*lunga pausa*)

S.: Lavori alla base aerea? Eh?

(Laing 1967, 101-103)

Analizzando questo scambio è possibile notare come a ogni botta e risposta il tema slitti, non permettendo di identificare un vero e proprio argomento di conversazione. Non è chiaro neanche quale sia l'oggetto del dialogo che passa da un argomento all'altro senza concluderne nessuno. Questo fenomeno è direttamente connesso al *deragliamento*: il discorso schizofasico, infatti, non riesce ad assestarsi su un *topic principale*, slittando continuamente da un piano all'altro, salvo arenarsi su contenuti deliranti (Cacchione 2012).

Un ulteriore problema nella pragmatica della schizofrenia consiste nella difficoltà di ancorare il significato delle parole a un contesto comunicativo. Diversi studi evidenziano, infatti, come gli schizofrenici manifestino difficoltà a selezionare i significati "minori" rispetto a quelli prevalenti (Cardella 2017). In semiotica potremmo parlare di difficoltà nella narcotizzazione dei *semi nucleari* e nella magnificazione dei *semi contestuali*.

– Ha preoccupazioni?

– No.

– Si sente un peso addosso?

– Sì, il ferro è pesante.

(Bleuler 1911, 44)

Come si vede nell'esempio preso da Bleuler, lo schizofrenico non riesce a inibire l'accezione concreta del verbo 'pensare' per comprenderne l'accezione metaforica. Ad esempio, gli studi sull'*uso non letterale delle parole* nella schizofasia (Cardella 2017, 34-38; Bucca 2013; 2014), focalizzati principalmente sulla metafora e sull'ironia (Langdon *et al.* 2002; Langdon e Coltheart 2004) evidenziano fortemente questa incapacità. Gli schizofrenici, infatti, trovano difficoltà a interpretare metafore e frasi ironiche perché questi particolari usi linguistici presuppongono tanto capacità di tenere conto delle intenzioni comunicative degli altri e di isolare i significati non standard di una parola, quanto quella di connettersi a un contesto conversazionale e di valutarne l'appropriatezza. La pessima *comprensione* del linguaggio metaforico appare però molto strana dal momento che vi è una continua *produzione* di metafore nei casi di paralogismo e di fluttuazione dell'alone semantico.

4.3. Schizofasia e semiotica: un'ottica enciclopedica

A questo punto non si può non notare come i domini colpiti dalla patologia (semantico, pragmatico, discorsivo) siano proprio quelli su cui la semiotica come campo disciplinare si è evoluta con la sua doppia anima *interpretativa* (Eco 1975) e *strutturalista* (Greimas 1966). Insomma, la schizofasia si presenta come un problema semiotico del tipo più puro, un problema del linguaggio nel suo incrocio tra semantica, lessico e pragmatica (Eco 1975; Violi 1997; Paolucci 2010). Nonostante ciò, un'analisi semiotica della schizofasia non è mai stata fornita. Sarà necessario quindi procedere in questo senso, convinti che tale mossa porti a una valutazione più chiara dei fenomeni schizofasici, capace anche di riconfigurare la discussione riguardo la loro interpretazione.

4.3.1. La schizofasia e gli spazi lisci dell'Enciclopedia

L'*ipotesi regolativa* fondamentale della semiotica che ci permetterà di rendere conto della schizofasia è il concetto di *Enciclopedia*, elaborato da Umberto Eco (1983; 1984) per rappresentare lo spazio entro cui ogni lavoro di interpretazione e di produzione di senso si svolge. L'idea di base che guida questo concetto proviene dalla filosofia di Peirce, la quale prevede che ogni conoscenza, ogni tentativo di dare senso al mondo, passi attraverso un lavoro inferenziale di tipo eminentemente triadico. Per ogni tipo di attività cognitiva necessitiamo, secondo Peirce, di un mediatore di tipo semiotico che è chiamata *interpretante*, il quale fornisce le regole interpretative e il rispetto sotto il quale analizzare un Oggetto (CP 8.343). Per Eco, gli *interpretanti* hanno una natura sociale e collettiva e sono registrati all'interno della dimensione dell'Enciclopedia: lo spazio del già detto, «l'insieme registrato di tutte le interpretazioni» (Eco 1984, 109). In sostanza, l'Enciclopedia come *repository* degli interpretanti si manifesta come condizione di possibilità di ogni tipo di interpretazione non solo perché fornisce la possibilità di ancorare un elemento nuovo a una interpretazione già effettuata, ma anche perché contiene le regole di produzione di nuovi codici, cioè informazioni circa le modalità di formazione di nuove funzioni semiotiche che correlano espressioni e contenuti (Eco 1984; Paolucci 2010; 2017a; 2021a; Violi 2015). Per questa ragione l'Enciclopedia, nonostante nasca nel tentativo di una descrizione di un modello del significato lessicale (come il Modello Q; cfr. Eco 1975), in realtà eccede costitutivamente la sola dimensione linguistica e contiene in sé tutte le informazioni di cui disponiamo, incluso l'insieme delle condizioni che possono far sì che un certo significato possa essere connesso a un significante sulla base di un complesso sfondo di credenze e relazioni preesistenti. L'Enciclopedia contiene quindi l'insieme del potenziale semantico esprimibile e l'insieme delle funzioni produttive per poterlo esprimere in un determinato contesto e in un dato momento (Vioi 2015).

È chiaro allora che una Enciclopedia definita in questo modo non può che tenere insieme e raccogliere sotto un'unica

categoria – quella della semiosi – le tre categorie del linguaggio che da Morris in poi sono sempre state tenute separate: semantica, sintassi e pragmatica¹⁰.

Come è facilmente intuibile, questo repertorio di significati che contiene in sé tutte le interpretazioni è costitutivamente non descrivibile nel suo complesso, perché non si può dare nessuno sguardo esterno alla dimensione che è la stessa condizione di possibilità dello sguardo osservante.

In una struttura rizomatica priva di esterno, ogni visione (ogni prospettiva su di essa) proviene sempre da un suo punto interno e, come suggerisce Rosentiehl, esso è un algoritmo miope, ogni descrizione locale tende a una mera ipotesi circa la globalità, nel rizoma la cecità è l'unica possibilità di visione, e pensare significa muoversi a tentoni, e cioè congetturalmente. (Eco 1983, 359)

L'unica possibilità descrittiva di cui disponiamo è quella di mappare porzioni locali di Enciclopedia e analizzare le modalità attraverso cui i significati acquistano senso in relazione a un determinato ritaglio, operato da un'interpretazione localizzata. Ciò non toglie che questa operazione congetturale possa portare anche a delle ipotesi circa il funzionamento generale del sistema, ma è un'operazione processuale sempre aperta che è costitutivamente modificabile da future interpretazioni:

L'enciclopedia è dominata dal principio peirciano della interpretazione. [...] Ogni suo punto può essere connesso con qualsiasi altro punto, e il processo di connessione è anche un processo continuo di correzione delle connessioni [...]. Quindi chi vi viaggia deve anche imparare a cor-

¹⁰ «Sulla stessa linea, la pragmatica non può essere una disciplina con il suo proprio oggetto distinto da quelli della semantica e della sintattica. Le tre province della semiotica trattano dello stesso "oggetto" disciplinare, e questo oggetto è sfortunatamente diverso dagli oggetti delle scienze naturali, che sono generi naturali, se ne esistono. L'oggetto della pragmatica è quello stesso processo di semiosi che anche la sintattica e la semantica mettono a fuoco sotto profili diversi. Ma un processo sociale e forse biologico come la semiosi non può mai venire ridotto a uno, e soltanto a uno, dei suoi profili possibili.» (Eco 1990, 205)

reggere di continuo l'immagine che si fa di esso, sia essa una concreta immagine di una sua sezione (locale), sia essa l'immagine regolatrice e ipotetica che concerne la sua struttura. (Eco 1983, 356-358)

Questo perché l'enciclopedia nella sua totalità è uno spazio costitutivamente: i) *contraddittorio*, ovvero contiene al suo interno allo stesso tempo conoscenze contraddittorie relative a diverse descrizioni del mondo impossibili fra loro; ii) *aperto e illimitato*, ovvero accoglie sempre nuove interpretazioni che ne modificano la struttura; iii) *non coeso*, cioè non mantiene le stesse caratteristiche interpretative al variare delle conoscenze di partenza degli individui (cfr. Paolucci 2010, 2017a, 2021a). Allo stesso tempo, essa è composta da *strutture locali* che presentano tratti opposti: essendo infatti localmente organizzate e strutturate, le porzioni enciclopediche possono essere non contraddittorie, chiuse e coese. Se globalmente quindi l'enciclopedia è un *rizoma* (Deleuze e Guattari 1980), localmente è composta da pezzi organizzati di conoscenze della comunità, che possono essere rappresentati attraverso alberi, reti e *summae* (Eco 2007; Paolucci 2021a).

Una struttura di questo tipo dovrà necessariamente contenere al suo interno anche tutte le interpretazioni aberranti, conoscenze errate, significati mal attribuiti, cioè tutte quelle informazioni che possiamo ricondurre all'errore o al falso. Non solo, essa dovrà contenere anche le regole per formare manifestazioni semantiche che divergono dalle norme e dagli usi di un determinata comunità. Ne dobbiamo dedurre che l'Enciclopedia, così descritta, contiene *in nuce* anche tutte le manifestazioni schizofasiche, sia nella forma del già detto (contiene cioè la somma di tutte le singole manifestazioni schizofasiche già effettuate) sia nella forma delle regole che rendono possibile ogni produzione schizofasica¹¹.

¹¹ Potrebbe non essere così solo se la schizofasia si manifestasse come una patologia del linguaggio che annulla la dimensione semantica, pragmatica e discorsiva, e quindi come una patologia di accesso alla comprensione e alla produzione di senso. Ma questo ci pare insostenibile dal momento che, non solo nei casi dei disturbi schizofasici sopra

Veniamo allora al vero punto che desideriamo trattare: osservando i casi descritti in §4.2.2, sembra che gli schizofrenici navighino la dimensione enciclopedica seguendo una rotta propria, venendo rapiti dalle mille connessioni che la struttura aperta, non coesa e contraddittoria permette. In altri termini è ciò che è stato evidenziato anche dalle analisi di Piro e Pennisi quando affermano che la schizofasia si presenta come una forma di *linguisticità pura*, di uso illimitato del repertorio linguistico, e di spostamento continuo tra i significati. Come scrive Luce Irigaray, lo schizofrenico mentre usa la lingua si interroga sulla sua virtualità, sul sistema che la sorregge, si comporta come un linguista di fronte all'oggetto perduto della sua ricerca e ne cerca le leggi di generazione (Irigaray 1985, 222-224).

Ora, l'oggetto perduto della ricerca linguistica è per la semiotica esattamente il repertorio enciclopedico virtuale, che è la condizione di possibilità di ogni possibile produzione segnica. Il punto centrale è che nel caso del parlante tipico, la virtualità della lingua funge quasi sempre da *background*, da dimensione *a priori* (Paolucci 2020) che costituisce lo sfondo dei nostri percorsi inferenziali, i quali sono sempre almeno parzialmente direzionati dalla struttura preorganizzata delle porzioni locali di significato che compongono l'enciclopedia. Sembra invece che lo schizofrenico abbia sempre presente questa struttura della significazione, e navighi in essa rapito dalle mille connessioni che vi sono raccolte. Questo sembra essere testimoniato dal poeta schizofrenico Artaud, quando dice di sentirsi avvolto da una «moltitudine formicolante di dati» (Artaud 1925: 55), frase che non può non riportare alla mente la dimensione del *paesaggio molecolare* fatto da microscopiche aggregazioni di significato che la semiotica si è data il compito di ricercare e descrivere (Eco 1975: 74). La nostra tesi è che si possa leggere la schizofasia come niente altro che questa iper-coscienza del

citati è pienamente mostrata una piena (seppur idiosincratica) capacità di produrre segni con un significato, ma anche perché la comprensione del significato delle parole è pienamente attiva anche nei casi di schizofasia più gravi. La capacità di correlare a una forma espressiva una forma del contenuto è, dunque, senza ombra di dubbio presente.

sistema linguistico e della dimensione del significato, questo tentativo impossibile di guardare costantemente l'enciclopedia *dal di fuori*, nella sua infinita iperconnettività interna.

Tale contemplazione dell'impalcatura rizomatica dei significati emerge anche dalle dichiarazioni di alcuni pazienti che esprimono una difficoltà nell'uso di un pensiero locale e pragmatico e la loro necessità di pensare sempre in maniera globale fuori da qualsiasi ritaglio contestuale. La stupefazione che ne deriva è quella di chi prende coscienza dell'iperconnettività del sistema dei significati e si accorge di come i percorsi semantici che normalmente vengono pensati come lineari siano in realtà dei fitti e contraddittori grovigli.

Sento che ragiono bene, ma nell'assoluto, perché ho perduto il contatto con la vita. (Minkowski 1927, 76)

Quando si esprime un pensiero, si vede sempre il pensiero contrario. Questo si intensifica diventa così rapido che davvero non si sa quale fossi il primo. (Bleuler 1911, 68)

Ogni volta che scrivo qualcosa non posso fare a meno di pensare a cosa non sto scrivendo [...] questo mi fa sentire come se vivessi in una sorta di infinito ologramma (Sass 1992, 208)

C'è la quarta dimensione c'è naturalmente un numero infinito di funzioni e così tante visioni e poi così tante dimensioni. Questo penso. Non posso farci nulla. Mi sono dovuto occupare di troppi scaglioni di realtà – c'erano così tante insinuazioni da spiegare. (Sass 1992, 457)

In questi esempi appare del tutto evidente la natura della virtualità, della contraddittorietà, dell'apertura, della non coesione e dell'illimitatezza del "paesaggio cognitivo" schizofrenico: un disordine composto da mille ordini diversi e intersecati fra loro. Non possiamo far altro che pensare all'Enciclopedia per come descritta da Eco. La stupefazione vissuta dai pazienti non è altro, dunque, che il risultato della presa di coscienza subitanea delle infinite connessioni che l'Enciclopedia offre. Sembra

proprio questo l'effetto descritto da Artaud quando parla del suo pensiero e della paralisi che gli provoca il suo utilizzo della parola:

sono imbecille, per soppressione del pensiero, per malformazione del pensiero, sono vacante per stupefazione della mia lingua. Mal-formazione, mal-agglomerazione di un certo numero di corpuscoli vitrei di cui fai un uso così inconsiderato. *Un uso che non conosci, al quale non hai mai assistito.* Tutti i termini che scelgo per pensare sono per me TERMINI nel senso proprio della parola, vere terminazioni. *Risultati dei miei stati mentali, di tutti gli stati che ho fatto subire al mio pensiero.* Sono davvero LOCALIZZATO dai miei termini, e se dico che sono LOCALIZZATO dai miei termini è perché non li ritengo validi nel mio pensiero. *Sono davvero paralizzato dai miei termini, da un susseguirsi di terminazioni.* E per quanto in quei momenti il mio pensiero sia ALTROVE, posso solo farlo passare per quei termini, per quanto contraddittori, paralleli, equivoci possano essere, pena in quei momenti il cessare di pensare. (Artaud 1925, 44)

Artaud è localizzato e paralizzato da termini, termini che lui intende anche come terminazioni, cioè come punti di snodo che servono da mediazione per ogni pensiero: contraddittori, paralleli, equivoci, sembra che Artaud stia parlando degli incroci enciclopedici. Proviamo allora a testare ulteriormente questa corrispondenza. Nell'Enciclopedia, gli snodi, le "terminazioni" sono fondamentali, perché sono degli appigli interpretativi: essi, infatti, essendo dotati di un proprio *potenziale semantico*, fungono da vettori per la stabilizzazione e il ritaglio di un determinato piano enciclopedico. Tuttavia, questa vettorialità agisce normalmente in maniera inconscia e costituisce parte della struttura dinamica di fondo per ogni semiosi in atto. Se ci si fermasse a riflettere sulla dimensione vettoriale di ogni "terminazione", la si vedrebbe indicare mille sentieri che conducono a diverse possibilità di significazione, ovvero si sarebbe proiettati sempre su n piani enciclopedici diversi, anche contraddittori: anche la frase più innocente e scontata apparirebbe strana e portatrice di significati difficilmente selezionabili. È esatta-

mente questo che accade ad Artaud, e in generale nei fenomeni schizofasici: un rapimento esercitato dalla illimitata potenza degli incroci enciclopedici da cui ci si fa sedurre e portare a zonzo nei mille piani dell'enciclopedia. Il percorso inferenziale dello schizofrenico è allora sì decisamente idiosincratico, ma si costruisce sempre a partire dalle possibilità di significazione offerte a monte dall'Enciclopedia.

Se le parole in semiotica funzionano come ancore inferenziali, come vettori della significazione, e sono a loro volta influenzate dai contesti pur creandone di propri (Violi 1997; 2003; 2015), allora sembra che la schizofasia cominci esattamente quando queste ancore inferenziali mantengono sempre intatta tutta la loro potenza semantica e non sono contestualmente ritagliate. È come se ogni parola costituisse un nodo dalle mille diramazioni tutte ugualmente seducenti, e che non ci sia un percorso inferenziale precedente che permetta di selezionare quale strada intraprendere.

Il problema per il parlante schizofrenico è allora quello di individuare un piano enciclopedico a cui ancorare un percorso inferenziale di tipo interpretativo: i significati appaiono iperconnessi in tutte le direzioni che l'Enciclopedia promuove, con la conseguente impossibilità di fissare un ordine, seppure contestuale, alla funzione segnica.

Questo diramarsi del *significato* in mille direzioni tutte ugualmente possibili è particolarmente evidente in alcuni compiti di comprensione semantica a cui vengono sottoposti i soggetti schizofrenici, come in questo esempio:

Question: Book.

Answer: It depends what book you are referring to.

Question: Table.

Answer: What kind of table? A wooden table, a porcelain table, a surgical table, or a table you want to have a meal on?

Question: House.

Answer: There are all kinds of houses, nice houses, nice private houses.

Question: Life.

Answer: I have to know what life you happen to be referring to. *Life Magazine* or to the sweetheart who can make another individual happy. (Sass 1992, 218)¹²

È palese che il paziente in questione capisca benissimo di cosa lo psichiatra stia parlando, ma la sua risposta riguarda sempre le possibili funzioni segniche che si possono ottenere utilizzando un determinato significante. Egli fallisce solo nel determinare il *senso comune* della parola (Eco 1997, 112), ovvero il significato «che un uomo della strada definirebbe per primo quando gli viene chiesto cosa significa una data parola» (Eco 1990, 9). I significanti non sono cioè riportati a quelli che sono i *contesti standard* di utilizzo, e quindi alle loro correlazioni usuali di significato (Violi 1997), ma vengono considerati in maniera astratta nelle infinite funzioni segniche che possono offrire. Alla domanda 'Life', il paziente risponde quale 'Life', il giornale o il nomignolo amoroso come *sweetheart*. Sono due accezioni di *Life* perfettamente coerenti e contestualmente plausibili, ma non costituiscono certo il *contesto standard* in cui il termine 'life' è normalmente utilizzato. Il significante viene immediatamente riportato alla sua natura enciclopedica e alle sue potenziali applicazioni.

Il problema semantico-pragmatico-discorsivo nella schizofrenia non sembra allora avere una natura di tipo deficitario, non ci fa dubitare della piena facoltà di linguaggio dello schizofrenico ma al contrario esso sembra connesso a una incapacità di tagliare, di rimuovere i significati in eccesso e istanzarsi su un singolo piano enciclopedico di riferimento. Per questo si è pensato spesso alla schizofasia come un iper-funzionamento del sistema linguistico che permette arditi collegamenti tra i significati e traslazioni semantiche continue a livello discorsivo e lessicale (Cutting 1985; Pennisi 1998; Sass 1992). Il nodo centrale del fenomeno schizofasico sembrerebbe costituito da

¹² Si è scelto di utilizzare la versione inglese del testo di Sass perché permette meglio di comprendere cosa il paziente risponda. La parola "life" in inglese è polisemica, mentre in italiano "Life" indica solo il nome della rivista.

una forma di *abnormità* per *eccesso* o *difetto* delle modalità del parlato e delle regole linguistiche usate in modalità lontanissime dagli standard.

Un'*iperriflessività* costringerebbe i pazienti a tenere sempre in considerazione l'intero apparato dell'enciclopedia. Ma se, come abbiamo detto, l'Enciclopedia contiene *in nuce* le possibilità semiotiche schizofasiche, e se non è possibile uscire fuori dall'enciclopedia per poterla osservare perché si è sempre collocati in essa, allora anche il parlante schizofasico dovrebbe essere collocato all'interno di uno dato ritaglio enciclopedico, e questo sembra essere, almeno in apparenza, in contraddizione con quanto detto sinora. Dobbiamo allora cercare di capire come sia possibile vedere le connessioni indeterminate dell'apparato enciclopedico pur essendo sempre localizzati al suo interno.

Per far questo, ci verrà in aiuto la proposta di Claudio Paolucci (2010) di restituire la struttura dell'Enciclopedia come un assemblaggio di spazi rizomatici di due tipi:

Spazi striati: che sono spazi strutturali locali, gerarchizzati e arborificati, divisi in relazioni di dominanza e di gerarchia. La loro organizzazione è basata rapporti differenziali regolati dalle dimensioni degli *usi* e delle *norme* (Violi 2006; 2015).

Spazi lisci: che costituiscono la dimensione ante-striata dell'Enciclopedia e che sono condizioni di possibilità per nuove striature. Sono spazi in cui la significazione si manifesta nella sua iper-connettività interna e nella sua costante variabilità, e che è possibile navigare solo attraverso una estrema abilità interpretativa e congetturale.

I percorsi in uno spazio rizomatico liscio non dispongono né di una visione globale d'insieme, per cui si affidano esclusivamente all'informazione locale e in trasformazione continua che proviene dagli elementi vicini, con cui costruiscono un *concatenamento*. (Paolucci 2010, 293)

Pare proprio che la schizofasia sia allora l'effetto di una permanenza delle interpretazioni schizofreniche all'interno degli spazi lisci, la cui forma non dipende dal sistema globale di

frontiere che definisce un dominio, ma dall'*istanza che percorre localmente quello spazio* (ivi, 291). Lo schizofrenico esce dalla struttura classica dell'uso linguistico, dagli spazi striati che determinano i contesti, *lisciando* lo spazio striato e mostrandone la natura contraddittoria attraverso le possibili connessioni tra piani enciclopedici. Il parlante schizofasico, suo malgrado, naviga l'enciclopedia lisciando continuamente gli spazi striati. Tuttavia, questa navigazione è senza bussola, è il prodotto stesso della iper-connettività interna dell'enciclopedia che esercita una fascinazione irresistibile per lo schizofrenico: non ci sono percorsi più salienti di altri, ma tutto appare come ugualmente significativo. Il percorso schizofasico nell'Enciclopedia equivale a un errare senza meta, i percorsi interpretativi possono divenire completamente idiosincratici e ogni significazione può essere continuamente rinegoziata. Si prenda come esempio questo paziente di Sass:

I genitori sono le persone che ti educano. Qualsiasi cosa che ti educa può essere un genitore. I genitori possono essere qualsiasi cosa materiale, vegetale o minerale che ti ha insegnato qualcosa. I genitori sarebbero il mondo delle cose che sono vive, che sono lì. Una persona può guardare una roccia e imparare qualcosa da essa, così anche quella roccia sarebbe un genitore. (Sass 1992, 206, *trad. mia*)¹³

Il paziente legge la parola 'genitori' e il concetto di genitorialità attraverso il significato di 'aver insegnato qualcosa', compiendo una operazione di lisciatura estrema, perché scambia le *proprietà essenziali* e i *contenuti nucleari* della parola 'genitore' con quella che Violi chiamerebbe una *proprietà tipica*, cioè una proprietà fortemente caratterizzante del lessema che però può essere cancellata senza che vi sia la necessità di una riformulazione negoziata del significato (Violi 1997, 234), o che Eco chiamerebbe un *contenuto enciclopedico* (Eco 1997, cap.3),

¹³ Traduzione mia da originale inglese. A nostro giudizio, la traduzione italiana semplificava la frase del paziente, per un confronto si può controllare l'ed. italiana di Sass 1992 a pagina 219.

cioè una informazione enciclopedica che non costituisce l'elemento principale per definire il termine. La possibilità di 'insegnare qualcosa' diviene l'elemento che definisce pienamente il significato della parola genitore; pertanto, tutto ciò che insegna qualcosa è un genitore, persino una pietra.

Questo tipo di percorso inferenziale è alla base di numerosissime manifestazioni schizofasiche, come ad esempio l'*allargamento o il restringimento dell'alone semantico*, che avvengono nella maggior parte dei casi attraverso operazioni di metonimia o sineddoche, figure retoriche la cui funzione è quella di mettere in discussione le proprietà stabilizzate di alcuni lessemi, ridefinendo così l'organizzazione delle relazioni paradigmatiche in un determinato lessico. Le relazioni verticali e gerarchiche, le relazioni orizzontali di equivalenza e opposizione, e le associazioni tra *lessemi* vengono così spesso del tutto sovvertite dall'estro semantico dei pazienti che non riesce a porsi vincoli per operare ritagli contestuali opportuni e calibrati sugli standard conversazionali, se non quando termina su un contenuto delirante.

Prendiamo ad esempio il già citato caso di Bleuler (1911, 43): «Meravigliosa è la montagna che si disegna nei rigonfiamenti dell'ossigeno». I 'rigonfiamenti dell'ossigeno' sono le nuvole nel cielo: è chiaro che qui 'rigonfiamento' è una metonimia di forma per la materia, e che ossigeno è una sineddoche di tipo parte per il tutto. Il problema è che queste operazioni di sineddoche e metonimia possono essere considerate tali solo se si accetta una certa struttura semantica, ma una volta lisciato lo spazio striato non c'è struttura che tenga e le relazioni fra termini sono equiprobabili e tutte da ricostruire.

Quello che succede nelle relazioni paradigmatiche con la *fluttuazione dell'alone semantico* accade anche a livello sintagmatico con il *deragliamento*. In particolare, le relazioni tra lessemi e sintagmi consecutivi possono essere interrotte dalla *polisemia* di alcune parole che alterano la vettorialità semantica del discorso (La Mantia 2012). Ogni parola è infatti capace di aprire un certo numero di *frame* non sempre componibili, e lo schizofasico quando deraglia viaggia su questi diversi frame,

tenendo insieme discorsi dalla coerenza semantica insufficiente proprio perché frutto di combinazioni e associazioni parziali tra significati molto eterogenei. Insomma, lo schizofrenico, anziché usare le porzioni di enciclopedia ritagliandole contestualmente (Eco 1984, 133), striando le parti lisce del rizoma enciclopedico (Paolucci 2010), non fa altro che osservarne la qualità rizomatica e l'iper-connettività interna, smontando ogni interpretazione abituale e producendone di nuove totalmente idiosincratiche attraverso concatenamenti sempre fugaci tra nodi enciclopedici disparati.

Tuttavia, non si deve immaginare lo schizofrenico come uno sperimentatore ardito: lo spazio striato non viene lisciato volontariamente, ma appare già come un crocevia di significazioni possibili e contraddittorie. L'iper-coscienza della funzione segnica si manifesta quindi come una palude in cui è impossibile muoversi. Il linguaggio si autonomizza perdendo la sua funzione invisibile di impalcatura per il pensiero, i legami segnici diventano evidenti, e spesso si passa a una contemplazione della stessa impalcatura linguistica (Sass 1992; Sass e Pienkos 2015). Si tratta di una condanna costante alla lisciatura di piani enciclopedici, anche di quelli che per tutti sono altamente striati e categorizzati. Tale condanna al lavoro enciclopedico è testimoniata dalle stesse dichiarazioni dei pazienti, che spesso denunciano questo smarrimento continuo: «un modo per stimolare la mia mente è guardare una cosa e mettercela tutta per evocarne un'altra, e così via. È cominciata come una cosa volontaria poi è diventato un'azione passiva» (Stanghellini 2008, 126).

Tale atteggiamento non può non far pensare al *principio della semiosi illimitata* di Peirce, che ha avuto una importanza fondamentale nella elaborazione echiana del concetto di Enciclopedia (Eco 1979). Questo principio consiste nell'idea che ogni segno sia sempre segno di un altro segno, e che ogni interpretante che media tra relazioni segniche sia a sua volta un segno interpretabile attraverso un altro segno che sarà a sua volta interpretabile e così via, verso una «endless series of representations» (CP 1.339). Il segno, per Peirce, non è mai portatore di un significato definitivo, ma è sempre occasione di produzio-

ne di altri segni all'infinito. Il limite a questa interpretabilità è normalmente dato da *regole economiche di implicazione* (Eco 1979), cioè da confini che fermano l'interpretazione e il rimando segnico per dei fini pratici che spesso sembrano scomparire nella schizofrenia. In pratica, il problema della schizofrenia non sta tanto nella ipercoscienza delle infinite connessioni enciclopediche, presenti nell'Enciclopedia già *in nuce*, quanto nel fatto di non riuscire a ritagliare e ad arrestare la semiosi attraverso delle *regole economiche*, cosa che conduce a percorrere i sentieri della *semiosi illimitata* in una maniera ricreativa e idiosincratica. Non si tratta allora affatto di un utilizzo deficitario delle strutture linguistiche, ma di una assoluta incapacità pratica di porre freno alla loro illimitatezza produttiva (Sass 1992; Minkowski 1927). È proprio nella coscienza forzata delle infinite connessioni enciclopediche che lo schizofrenico è capace di usare il linguaggio come un giocattolo da smontare e rimontare.

Pensiamo a fenomeni come l'*uso ludico*, che sono senza dubbio i più significativi. Qui il significante viene smontato e riutilizzato per generare fenomeni di senso differenti, mettendo in luce l'assoluta arbitrarietà del segno linguistico e la sua potenza creativa. In fondo, il principio di base di questi usi linguistici è lo stesso che sta dietro alle figure di suono, come rime, allitterazioni, assonanze e consonanze, o quello di alcuni giochi di parole o di freddure. Il problema è che mentre queste ultime sono prodotte da un parlante esperto che opera delle scelte, le operazioni schizofasiche sono il risultato di una condanna dovuta a una incapacità di stabilizzare il magma delle significazioni.

A ben guardare, per queste stesse ragioni gli schizofrenici manifestano problemi nella comprensione di metafore e dell'ironia e nella disambiguazione dei significati contestuali. Cosa succede in questi casi? Il funzionamento della polisemia, dell'ironia e della disambiguazione richiede delle competenze enciclopediche di movimento tra piani enciclopedici striati attraverso il passaggio da un piano liscio (Paolucci 2010; La Mantia 2012). Se, da una parte, nella produzione lo schizofrenico è maestro di queste dimensioni, perché utilizza sempre metafore

e polisemie proprio perché condannato a vagare tra piani lisci e a esplorare la loro iperconnettività, dall'altra la comprensione si presenta come un compito molto arduo perché è necessaria la comprensione della selezione da parte di un interlocutore di piani enciclopedici diversi da mettere in relazione. Se dicessimo 'Maria è una rosa', staremmo probabilmente condensando le caratteristiche di Maria con gli elementi salienti della rosa nella nostra cultura, quindi il profumo, la bellezza, la caducità, le spine, etc., ma se non condividessimo con gli altri le regole di organizzazione dei piani striati e delle proprietà tipiche ed essenziali della rosa ecco che Maria potrebbe assumere le proprietà di 'avere la peronospora', 'causare allergie', 'essere stata sottoposta a potatura', oppure potrebbe essere paragonata a una squadra di calcio, a una pro-zia, a un panino, a un colore, a un simbolo massonico o alla maglia che Marco Pantani ha indossato nel 1998 nel Giro d'Italia.

4.3.2. *La ratio difficilis come ultima possibilità di contenimento*

Perso nei mille piani enciclopedici, lo schizofrenico reagisce a questo surplus di informazione, a questo continuo smarrirsi nel linguaggio, facendo quello che fanno tutti quando sono travolti da un'entropia di significazione: tenta di *gestire il senso* (Fabbri 2017).

Possiamo isolare almeno due diverse strategie di gestione di questa coscienza dell'iper-complessità semantica: la prima è quella che troviamo nei casi di *mutacismo*, di *verbigerazione*, di alcuni *neologismi passivi* e di tutta quella costellazione di sintomi linguistici che vanno a costituire il cosiddetto *autismo povero* dello schizofrenico (Minkowski 1927). Questa strategia punta a un tentativo di fuoriuscita dal sistema linguistico, a un suo *calmieramento* attraverso il solo versante *espressivo*, o attraverso il silenzio. I suoni diventano più importanti delle parole, perché permettono un effetto immediato connesso alla pura qualità sonora che entra in risonanza emotiva con il paziente. Il silenzio invece pone fine alla ruminazione linguistica

e al continuo intrecciarsi dei significati, sottraendo l'individuo allo sforzo della significazione.

La seconda strategia consiste invece nel tentativo di striare continuamente lo spazio liscio attraverso produzioni di senso con strutture idiosincratiche che fungano da ancore sicure. In particolare, questo avviene relativamente ai contenuti deliranti che più di tutto sconvolgono l'esperienza schizofrenica e richiedono una forma di spiegazione. Attraverso quella che Eco (1975) chiama una *invenzione di codice*, si procede così alla creazione di nuove funzioni segniche che sono il prodotto delle «necessità di riempire spazi di senso privati lasciati vuoti dall'assetto semantico del sistema» (Pennisi 1998, 219). Navigare l'enciclopedia individualmente significa così creare percorsi inferenziali individuali, a cui sovente si aggiungono anche delle istruzioni semantiche, dei microcodici che producono nuovi segni sotto forma di parole: il paralogismo e il neologismo non sono altro che i risultati di una produzione segnica per *ratio difficilis*, cioè un caso di semiosi in cui si assiste a una invenzione di codice dove non si ha ancora un tipo espressivo capace di veicolare un determinato contenuto e deve perciò essere trovato (Eco 1975, 309). Se il paralogismo si regge, come afferma Piro (1992), sulla base di una estensione metonimica, metaforica o sineddochica di alcuni tipi espressivi in modo da veicolare un contenuto diverso da quello convenzionale, il neologismo consiste proprio in un'operazione creatrice del piano dell'espressione che permetta di dipanare una nebulosa di contenuto generalmente legata al nucleo delirante. Nella schizofrenia il neologismo ha dunque una funzione non diversa da quella che nella lingua comune gli riconosceva De Mauro, cioè quella di «ridurre gli effetti negativi di una illimitata indeterminazione» (De Mauro 1982, 139). Pensiamo al caso già presentato dell'uso di 'barbiglione' al posto di 'vecchio': il paziente sosteneva che siccome è possibile chiamare 'vecchio' anche un giovane, egli ha introdotto la parola 'barbiglione' per non sbagliarsi, ha quindi limitato l'indeterminazione semantica con un nuovo termine il cui significato è determinato e fisso in tutti i contesti di utilizzo.

Tra i diversi tentativi di calmieramento del senso, pensiamo al caso del *manierismo* linguistico che già Binswanger aveva riportato al tentativo di fissare una esperienza disgregativa attraverso l'affettazione e la compostezza verbale. Persino la *stereotipia* può configurarsi come una forma di regolazione del senso che crea un codice per fermare l'indeterminatezza interpretativa: in questo senso, essa non può più essere vista come un semplice guasto nella linearità del discorso, ma diviene una forma di ripetizione che altera il senso della parola ripetuta e ne conferisce una funzione più vasta, un surplus di espressione che accoglie un surplus di contenuto (Eco 1975, 337).

Si confronti una forma di stereotipia di un paziente di Stanghellini (2008, 126):

Vorrei che questo fosse un fiore, un fiore, un fiore

con questo verso del poema "Sacred Emily" di Gertrude Stein analizzato da Umberto Eco:

a rose is a rose is a rose is a rose

Nella sua analisi Eco mette perfettamente in luce come la ripetizione del sostantivo che a prima vista non sembra far altro che offrire un eccesso di ridondanza, in realtà deviando dalla norma trasforma il messaggio in un testo in cui il significato della parola, reiterandosi, si trasforma: «Esso comunica troppo e troppo poco. Appare impermeabile all'approccio semiotico e tuttavia genera i suoi multipli sensi proprio in base al libero scatenarsi di meccanismi semiotici.» (Eco 1975, 337)

Eco allora ci aiuta a spiegare come la ripetizione stereotipica sia un modo del paziente per produrre senso, per ruotare attorno a una parola che lo conforta e che è capace di aprirgli dei significati emozionali ed esperienziali che lo calmano o ne orientano i percorsi semantici.

Dunque, per concludere, in ottica semiotica ed enciclopedica, la schizofasia funziona attraverso un principio di regolazione omeostatica: alcune manifestazioni sono legate a una forma

di iper-coscienza della dimensione linguistica che proietta lo schizofrenico sui mille piani enciclopedici. Altre manifestazioni sono invece una risposta attiva a questa iper-complessità, e si configurano come strategie volte alla regolazione di un senso eccedente attraverso una striatura idiosincratca dei reticoli enciclopedici lisci in cui il paziente è sempre proiettato.

4.3.3. *La necessità di spiegare*

A questo punto possiamo dire che se un approccio semi-otico enciclopedico sicuramente aiuta nella comprensione del fenomeno schizofrenico e nella dimostrazione della sua natura tutt'altro che deficitaria, esso non può che lasciare l'amaro in bocca se utilizzato e applicato solamente per finalità descrittive. In fondo, così adoperato, un approccio semiotico comporta poco più che una ri-descrizione o interpretazione in termini semiotici di concetti che in un modo o nell'altro erano già stati notati da altri approcci, come quello di Piro, di Pennisi, di Sass, di Irigaray, e rischia di mancare la vera sfida che la schizofrenia pone alla disciplina.

Da una parte è quasi confortante che una iper-coscienza linguistica di tipo patologico sembri confermare una delle *ipotesi regolative* di fondo della semiotica; dall'altra, il fatto che i percorsi enciclopedici varino in questo modo radicale ci spinge a chiederci il motivo di tale variazione, reclamando quindi una spiegazione interna alla teoria stessa. Solo se riusciremo a *spiegare* perché il linguaggio schizofrenico funziona in questo modo, una prospettiva semiotica potrà costituire un valore aggiunto per gli studi sulla schizofrenia.

Capitolo 5

Antroponauti alla deriva: la schizofasia e la crisi del senso comune

In questo capitolo cercheremo di mostrare come la descrizione appena fornita nel capitolo precedente possa reggersi su un'ipotesi esplicativa capace di dare conto delle diverse manifestazioni schizofasiche. Un tentativo di questo tipo è funzionale non solo a chiarire *come* il linguaggio si connetta ad altri aspetti del disturbo schizofrenico, ma anche a svelare *cosa* questo linguaggio comunichi sulla natura stessa del disturbo.

In questo capitolo cercheremo di prendere una strada diversa rispetto alle teorie classiche che identificano nella schizofasia il riflesso speculare di un deficit cognitivo o di un disturbo esperienziale soggiacente. Per farlo, mostreremo come il significato e i sistemi semiolinguistici esibiscano una loro autonomia strutturale che può essere realizzata in modalità differenti a seconda della situazione del parlante. Si tratterà quindi di mostrare come il sistema linguistico sia un ambiente condiviso, in cui i diversi attraversamenti permettono di rintracciare le modalità di organizzazione del senso dei soggetti che lo abitano. Questo capitolo cercherà dunque di rispondere alla domanda: «perché la schizofasia?».

5.1. *La schizofrenia è un problema linguistico?*

Le teorie sul linguaggio schizofrenico sono numerose almeno quanto le teorie sulla schizofrenia *tout court*, cosa che rende una panoramica completa su di esse un compito che trascende di gran lunga gli intenti e le possibilità del presente lavoro. Si può però notare che, a fronte di tale molteplicità di teorie, la

schizofasia è ancora circondata da una coltre di indecidibilità. Proprio l'identificazione a cui abbiamo accennato tra *disturbo del pensiero* ed *eloquio disorganizzato* mantiene un'ambiguità di fondo. Se, da una parte, a un *livello descrittivo* le dimensioni sono perfettamente sovrapposte, al punto che ormai analizzare il linguaggio schizofrenico significa analizzare il pensiero schizofrenico, a un *livello esplicativo* queste dimensioni sono state spesso mantenute separate, seppur connesse tra loro da un nesso di causalità. Nelle teorie *esplicative*, quindi, il linguaggio si presenta quasi sempre come un *epifenomeno* ricondotto a un problema fisiologico, psichico o cognitivo sottostante¹.

Recentemente, le difficoltà semantiche, lessicali e pragmatiche dei parlanti schizofasici hanno portato le teorie cognitive a non considerare la schizofasia come un malfunzionamento specifico delle funzioni linguistiche, e quindi come un *disturbo del linguaggio*, ma come un *disturbo della comunicazione* (Niznikiewicz *et al.* 2013; Gold *et al.* 2002) che coinvolge altri domini cognitivi, i quali influenzano la produzione linguistica². Le più note e avvalorate prendono in considerazione i domini cognitivi di alto livello, come la memoria (Moritz *et al.* 2001; Sumiyoshi *et al.* 2001) e le funzioni esecutive (Barch e Sheffield 2014). Tuttavia, queste ipotesi non riescono a portare dati sperimentali significativi, che anzi molto spesso risultano contraddittori; inoltre, non tengono conto di come le funzioni cognitive della memoria semantica e delle funzioni esecutive potrebbero essere alterate dalla situazione esistenziale del paziente, più che esserne il fondamento (per una disamina approfondita su questo aspetto critico; cfr. Cardella 2013, 2017).

Si può dire con relativa tranquillità che, nonostante la storia della schizofrenia sia da sempre stata connessa alle manife-

¹ Per una panoramica delle posizioni maggioritarie e della loro evoluzione storica si rimanda a Piro 1967, Pennisi 1998, Famiani 2001.

² Queste teorie sono connesse a un approccio funzionalista/modularista della cognizione. L'idea di base di queste teorie, brutalmente riassunta, è che la cognizione consista nel processamento di una informazione in entrata (input) attraverso il passaggio per moduli o gruppi di funzioni che la manipolano e la elaborano in formato simbolico-rappresentazionale per produrre un output.

stazioni linguistiche a esso correlate, non si è mai presa seriamente in considerazione l'intrinseca *linguisticità* del disturbo schizofrenico, salvo rari e sporadici casi. A oggi però sappiamo quanto sia difficile considerare il linguaggio come una semplice funzione derivata, atta tutt'al più alla comunicazione, dal momento che sembra appurato che la nostra facoltà linguistica sia parte costitutiva dei nostri processi cognitivi e un elemento fondamentale per lo sviluppo delle nostre capacità mentali. Senza il linguaggio, l'essere umano non abiterebbe più lo stesso *Umwelt*, l'ambiente specie-specifico in cui ogni animale, ognuno a modo proprio, è inserito. L'essere umano abita un ambiente linguistico che gli fornisce una vera e propria *nicchia cognitiva* (Clark 2008) per lo sviluppo delle sue funzioni superiori. Non tenere conto di questo fattore è una ingenuità che non ci si può permettere di commettere.

Così, sulla base delle riflessioni della filosofia e della scienza del linguaggio, sono state proposte teorie che hanno spostato l'attenzione proprio sulla intrinseca linguisticità della schizofrenia. La tesi principale di queste teorie è che la schizofrenia sia causata da un malfunzionamento nella dimensione linguistica, che a sua volta causerebbe i fenomeni cognitivi come le allucinazioni, i deliri e ovviamente la schizofasia in sé per sé. Quindi, laddove altri approcci individuano le cause della schizofasia in altri domini cognitivi, queste teorie invertono la causalità: sono i malfunzionamenti di altri domini a dipendere dal malfunzionamento delle facoltà linguistiche.

Uno dei più noti tentativi di ricondurre la schizofrenia alla sua intrinseca linguisticità viene da una teoria del neuropsichiatra evolutivista Tim Crow (Crow 2000). Basandosi sugli studi che evidenziano una forte componente genetica della schizofrenia, Crow si chiede come sia possibile che caratteristiche genetiche così disadattive abbiano potuto diffondersi con percentuali così rilevanti e, quindi, perché siano state selezionate evolutivamente. L'ipotesi di Crow è che la schizofrenia sia legata a una caratteristica geneticamente vantaggiosa dell'essere umano, che viene individuata nella lateralizzazione cerebrale. Tale lateralizzazione, che per Crow è la base anatomica che ha permesso l'emersione del linguaggio,

sarebbe nella schizofrenia impedita da geni agnosici, che bloccherebbero la formazione di un'asimmetria tra gli emisferi, compromettendo così la possibilità che uno dei due assuma un ruolo centrale nell'elaborazione linguistica: per Crow, la schizofrenia è il prezzo pagato dall'umanità all'anatomia strutturale che permette il linguaggio. Quindi, tutti i sintomi della schizofrenia, a partire dai disturbi linguistici fino ad arrivare alle allucinazioni e ai deliri, sarebbero causati da una sorta di lotta per la supremazia linguistica tra i due emisferi cerebrali. Nonostante la teoria sia suggestiva, a oggi non sono riscontrabili evidenze che dimostrino che la lateralizzazione mancata sia la causa specifica dei disturbi schizofrenici del linguaggio, né è chiaro come tale mancata lateralizzazione possa comportare solo problemi a un livello semantico-discorsivo senza inficiare il livello fonologico, morfologico e sintattico (cfr. Falzone 2004a; 2004b). Di fatto, quindi, non si dispone degli elementi per corroborare alcuni postulati fondamentali della teoria di Crow, che cade sotto lo stesso peso dei suoi assunti.

Nonostante ciò, l'idea di connettere la specie-specificità del disturbo schizofrenico alla specie-specificità del linguaggio non è stata abbandonata e ha anzi animato diverse teorie negli ultimi trent'anni. La maggior parte di queste cercano di spiegare la schizofrenia attraverso il concetto di un disturbo linguistico sintattico-discorsivo (Hinzen e Rossellò 2015), cadendo tuttavia in un approccio fortemente normativo³ che si fonda su un concetto di linguaggio del tutto astratto. Unica eccezione, a nostra conoscenza, è costituita da una teoria che pone al centro la dimensione semantica del disturbo e che si configura come apripista fondamentale per una teoria semiotica della schizofrenia.

5.1.1. *La teoria del disturbo semantico-ontologico*

Partendo dall'idea di una doppia origine del linguaggio (filogenetica e onto-sociogenetica), un nutrito gruppo di ricercatori e

di ricercatrici dell'Università di Messina, in un percorso più che trentennale basato principalmente sugli studi di psicopatologia del linguaggio di Pennisi (1998), hanno elaborato una teoria che inquadra la schizofrenia come un disturbo linguistico provocato da un'incapacità di integrazione tra un sistema linguistico perfettamente funzionante e la dimensione sociale dei significati. Secondo questa teoria, il soggetto psicotico non manifesta alcun deficit linguistico, perché il linguaggio nella sua struttura logico-grammaticale non è intaccato dal disturbo. Ciò di cui lo schizofrenico difetta è la capacità di fondare l'esistenza sul suo mondo linguistico, cioè di integrare la dimensione astratta e virtuale del linguaggio con una sua dimensione ontologica costitutiva (Pennisi 1998, 2003, 2004; Pennisi e Perconti 2006; Falzone 2004b).

A essere colpita nella schizofrenia è dunque la struttura semantica profonda, dove si stabilisce il nesso tra linguaggio e realtà, il punto in cui una semantica discorsiva diviene capace di rappresentare il legame ontologico che unisce *io* e *mondo*. Ne consegue un fallimento nella rappresentazione del reale condivisibile con gli altri. La schizofrenia è il risultato di questo slittamento del rapporto tra piano semantico e piano ontologico, rapporto tipico della sola specie umana:

La realtà [...] è sempre un costrutto dipendente dalla costruzione linguistica del mondo. Il che implica, ovviamente, il rifiuto di concepire il linguaggio come semplice mezzo di comunicazione, come insieme di regole formali o, più semplicemente come “strumento di un qualsiasi altro oggetto esterno” che non sia il linguaggio medesimo. (Pennisi 1998, 312)

Senza attività rappresentativo-semantica – il cuore sociale del motore riproduttivo del linguaggio – non può, infatti, esserci senso della realtà, modalità di esistenza, forma di vita psichico linguistica: quindi neppure schizofrenia – *ammesso* che quest'ultima sia un'alterazione non delle forme linguistiche o dei suoi correlati morfologici (che altrimenti sarebbe afasia o un qualche suo derivato), ma dell'interazione rappresentativa del mondo con l'io e della sua capacità di costruirsi un'immagine linguistica in cui specchiarsi. (Falzone 2004b, 145)

³ Per un'analisi critica approfondita cfr. Lobaccaro 2022a: §3.6.1

In questi passaggi, Pennisi e Falzone esprimono chiaramente quale sia la base teorica che guida lo studio della psicopatologia del linguaggio: nell'essere umano, la dimensione esperienziale è il risultato di una elaborazione semiotica di tipo rappresentazionale capace di donare senso a una realtà che di per sé è a-significante. L'elaborazione linguistica è capace di rappresentare il mondo sotto la luce della significazione e del valore. Se manca un riscontro tra il significato dell'enunciato e il suo adeguamento realistico-ontologico rispetto a una identità che ne rivendica la veridicità, il soggetto diventa schizofrenico, perdendo il senso del mondo e del sé, mentre il linguaggio rimane una macchina che lavora a vuoto.

Pennisi descrive questo meccanismo come un deficit di rapporto tra *potenza e complessità* (Pennisi 1998, 320): la macchina cognitiva schizofrenica è computazionalmente perfetta ed è capace delle più strabilianti operazioni logico-sintattiche. In genere, a una potenza di calcolo così impressionante (in questo caso quella che permette il linguaggio nella specie *sapiens*), è sempre correlato un meccanismo di riduzione della complessità delle operazioni che favorisce una loro applicazione. Secondo Pennisi, questa riduzione di complessità non è impostata nel *software* della schizofrenia, facendo sì che potenza del linguaggio e complessità del suo utilizzo coincidano. Il risultato è un proliferare di mondi *logico-formali* che non possono produrre nessun ancoramento a *mondi ontologici* proprio perché conchiusi in un calcolo computazionale inesausto.

È dunque a partire da questa impostazione che è possibile reinterpretare e *spiegare* tutte le *descrizioni* della psicopatologia fenomenologica. La «perdita dell'evidenza naturale» (Blankenburg 1971), lo sconvolgimento della «semantica-esistenziale» (Minkowski 1927) e delle «modalità di esistenza» (Binswanger 1956) sono così il risultato di un linguaggio che non si ancora alla realtà, che la lascia sguarnita di senso, e che allo stesso tempo cerca di recuperare questo ancoramento attraverso una forma di iper-tematizzazione che conduce a quella che Sass (1992) ha chiamato *iperriflessività*.

Con le riflessioni della psicopatologia del linguaggio vi è dunque un capovolgimento completo dell'approccio fenomenologico classico, dovuto a una inversione del legame di causalità fenomenologica della psicopatologia: mentre per la psicopatologia fenomenologica una forma di esperienza deviante è la causa che produce un linguaggio abnorme, per la psicopatologia del linguaggio è un problema del linguaggio che produce una forma di esperienza disorganica e non integrata. La perdita dell'evidenza naturale fenomenologica è una conseguenza della perdita della funzione ontologico-esistenziale del linguaggio, che consiste nella capacità di dare senso alla propria esperienza costruendola come un oggetto semiotico per un *io linguistico* (Pennisi e Perconti 2006) all'interno di *giochi linguistici* condivisi in una data comunità (Cardella 2013) (si veda il cap. 6 per un maggiore approfondimento su questo punto).

Il disturbo *pre-riflessivo e pre-categoriale* della psicopatologia fenomenologica è così riportato a una dimensione *riflessiva e categoriale* dove il significato dell'esperienza stessa è garantito dalla pura facoltà di linguaggio e dal suo ancoramento ontologico. La schizofrenia è quindi un disturbo di una facoltà cognitiva di ordine superiore costituita *integralmente* dal linguaggio, che agisce in maniera *top-down* sul resto delle dimensioni cognitive coinvolte nella schizofrenia: allucinazioni, percezioni aberranti, sintomi negativi, disturbi della temporalità e disturbi dell'intersoggettività sono tutte dimensioni inficiate da questo mancato funzionamento.

5.1.2. Alcune criticità della teoria semantico-ontologica

La teoria della psicopatologia del linguaggio è senza dubbio la teoria che più fa gioco a una impostazione semiotica, perché riesce a dare conto della dimensione *enciclopedica* del disturbo affermando che esso consiste proprio in uno smarrimento nella dimensione semantica, provocato da una incapacità di ancorare la significazione a una dimensione intersoggettiva (Cardella 2017). Inoltre, altra virtù di questo modello è da rintracciare nel fatto

che mai il linguaggio schizofrenico è letto sotto il punto di vista del *deficit* e dell'*incomprensibilità*. Al contrario, c'è sempre uno spazio aperto per comprendere come il mondo delirante dello schizofrenico si organizza nella sua chiusura semantica. La schizofasia si manifesta pertanto come una dimensione significativa, seppur privata, dell'esperienza schizofrenica, aprendo lo spazio per una comprensibilità e una interazione di tipo terapeutico. Un ultimo vantaggio che questa teoria offre, fondamentale per la semiotica, è quello di analizzare il disturbo schizofrenico come un nodo in cui si incrociano linguaggio, senso, intersoggettività ed esperienza. Tuttavia, riteniamo che un aspetto problematico della teoria sia legato alle modalità in cui questi elementi sono distribuiti e messi in relazione. Infatti, grande peso è attribuito al linguaggio e all'integrazione dello stesso in una dimensione esperienziale attraverso una struttura semantica profonda. Ma cosa esattamente è una struttura semantica profonda?

Alla base della teoria vi è una visione funzionalista del modello linguistico, secondo la quale la mente sarebbe un software con vari sottoprogrammi che si occupano di differenti funzioni: la struttura semantica profonda non è altro che una funzione di questo software che si occupa di elaborare l'input in entrata (percettivo, propriocettivo, sensorimotorio) in una rappresentazione informata dalla struttura sintattico-semantica del linguaggio, per poi produrre un output. La cognizione sarebbe qui intesa come il prodotto di differenti processi cognitivi di cui il linguaggio è funzione atta alla donazione di senso. Il modello di Pennisi è, sì, un modello della schizofrenia come disturbo della seconda origine del linguaggio, ma sempre visto da un punto di vista internalista.

Per Pennisi la capacità linguistica è una capacità che si identifica con la *semiosi* e che è in grado di riplasmare completamente i domini cognitivi su cui si poggia e da cui emerge: percezione, propriocezione, senso del sé, agency, sarebbero dunque tutte funzioni plasmate in modalità top-down dal linguaggio. Per questa ragione è possibile concepire la schizofrenia come un problema prevalentemente linguistico: nel momento in cui la facoltà linguistica non riesce ad ancorarsi all'esperienza, essa

si chiude autisticamente non informando più gli altri domini cognitivi a cui è normalmente connessa. Ma come si fa a dimostrare che accade questo? Lo stesso Pennisi a più riprese afferma che la schizofrenia non presenta delle compromissioni cerebrali tali da permetterci di pensare a una sua localizzazione specifica. Ma, allora, come si dimostra che questa proprietà funzionale del linguaggio c'è ed è malfunzionante da un punto di vista neurocognitivo⁴?

Anche osservando i sintomi schizofrenici, la teoria semantico-ontologica presenta non pochi problemi: da una parte, l'approccio è perfetto per spiegare quelli che classicamente sono definiti i *disturbi formali del pensiero*, quelli di cui ci siamo occupati sinora, ma non si presenta convincente per spiegare gli altri tipi di disturbi come i *sintomi negativi*, le *allucinazioni* e i *deliri*. Nella quasi totalità delle descrizioni riportate dai pazienti schizofrenici, infatti, i primi disturbi a essere avvertiti sono proprio disturbi di tipo *cenestetico* e *percettivo-esperienziale*. Se questi problemi dipendessero dalla capacità di integrazione linguistica dovrebbero quanto meno presentarsi in contemporanea con i disturbi linguistici, che invece sono tipici delle fasi *successive* all'insorgenza psicotica. Inoltre, se la schizofrenia fosse un problema puramente semantico-ontologico, allora non avremmo una oscillazione sintomatologica così varia tra i diversi soggetti. Sappiamo, ad esempio, che i sintomi positivi sono più rari dei sintomi negativi e principalmente connessi alle fasi acute del disturbo (Rossi Monti e Stanghellini 1999). Ma anche quando presenti, i sintomi positivi possono manifestarsi in maniera peculiare: possono esserci allucinazioni senza deliri, deliri senza disturbo formale del pensiero, disturbi formali

⁴ In realtà, recentemente Pennisi (2022; 2024) ha proposto una spiegazione della schizofrenia basata sugli studi neuroscientifici sul Default Mode Network (DMN), fornendo una interpretazione che li connette a una psicopatologia del linguaggio. Questo tentativo, tuttavia, presenta degli aspetti critici di cui si è cercato di dare conto in un altro articolo (cfr. Lobaccaro 2022b) che mette in discussione l'interpretazione linguistica delle funzioni del DMN a favore di un'interpretazione che vede le funzioni cognitive del DMN associate a una più profonda capacità semiotica comune a linguaggio ed esperienza, ovvero la *narratività*.

del pensiero senza allucinazioni, etc. Se a essere intaccata fosse la *struttura semantica profonda*, allora quello che troveremmo *sempre* nel disturbo schizofrenico sarebbe proprio il disturbo formale del pensiero. Ma questo non accade.

Un altro problema è relativo alla strana presenza di deliri e allucinazioni che presentano temi simili tra i vari soggetti schizofrenici. Se il delirio è il risultato di una chiusura linguistica potenzialmente illimitata, le possibilità di tematizzazione delirante sarebbero pressoché indeterminate visto che l'unico obiettivo sarebbe quello di creare un mondo in cui poter esercitare la totalità dei rimandi enciclopedici. Eppure, non è così: c'è una stabilità intrinseca al discorso delirante e tutti gli schizofrenici esprimono preoccupazioni simili a prescindere dalla cultura e della società in cui sono inseriti: ciò fa pensare a una variazione della struttura esperienziale comune tra i pazienti (Radden 2011). Insomma, ci sono elementi nella schizofrenia che non sembrano essere riconducibile al quadro teorico delineato dai ricercatori messinesi, che rimane per molti altri versi estremamente interessante.

C'è da chiedersi dunque che cosa accadrebbe se si prendessero per buone alcune delle osservazioni fatte all'interno della *teoria semantico-ontologica* e le si inserisse in un più vasto frame *semiotico* che considera il linguaggio come una – e non l'unica – delle dimensioni che articolano il senso in una relazione interattiva con gli altri domini di strutturazione del senso extra-linguistici.

5.1.3. *Da una semantica a una semiotica della schizofasia*

Una prospettiva puramente semiotica non può certo accettare la visione internalista del linguaggio come *software* cognitivo. La semiotica contemporanea, al contrario, intende il linguaggio e i sistemi di significazione in una prospettiva *ecologica* ed *esternalista* (Fusaroli *et al.*: 2011; Paolucci 2021b; Basso Fossali 2017; Lorusso 2010; Violi 2007; Bondi 2022): il *sensu* non è il risultato di una *sintesi* interiore operata dalle catego-

rie linguistiche, esso è piuttosto un *già dato*, la condizione di possibilità di ogni incontro con il mondo, plasmato dai diversi sistemi di significazione che lo irreggimentano in diversi modi (Marsciani 2012a; Fabbri 1998).

C'è un senso che si articola nelle relazioni intersoggettive (Violi 2012a; Landowski 2005; Fusaroli *et al.* 2014; Paolucci 2019), nelle pratiche sociali (Fontanille 2008), nella percezione e nella corporeità (Fontanille 2004; Basso Fossali 2009; Marrone 2005b; Paolucci 2021b), tutti sistemi che co-regolano la significazione e con cui il linguaggio continuamente si confronta. Per la semiotica contemporanea, allora, il linguaggio non emerge *ex novo* come strumento portatore del fuoco della semiosi, esso non ha una vera e propria *origine*, piuttosto è il risultato di una trasformazione di senso che emerge da processi traduttivi tra sistemi semiotici non linguistici (Fabbri 1998, Paolucci 2020, Violi 2008). Non esiste un'esperienza a-significante che deve essere mediata dal linguaggio, il mondo ci appare sin da subito significativo per il tramite dei nostri corpi, dei nostri sensi, dei nostri abiti incarnati (Merleau-Ponty 1945): siamo sin da subito gettati in una *semiotica del mondo naturale* (Greimas 1970; Fabbri 1998), dove il continuum dell'esperienza appare già parzialmente semiotizzato dalle nostre funzioni percettive (Eco 1997; Fabbri 1990). Sulla base di tali presupposti, la semiotica si è avvicinata molto alle scienze cognitive *embodied, embedded, enactive, extended* (Paolucci 2011, 2021c; Lobaccaro 2022c) con le quali condivide l'idea che la cognizione sia una forma di *sense-making* contesto- e azione- dipendente (Clark 1997; Gallagher 2017; Hutto e Myin 2012)⁵.

Forse la più grande incompatibilità con la teoria di Pennisi si rintraccia proprio nell'idea da lui espressa della completa riduzione del senso al semantico e parallelamente la riduzione del se-

⁵ Va comunque sottolineato che Pennisi è, in Italia, uno dei maggiori e più riconosciuti sostenitori dell'*embodied cognition* (Pennisi 2021) e che, sebbene nei lavori sul linguaggio psicopatologico pare tralasciare questa visione per sostenerne una fortemente linguistico-centrica, sempre più la dimensione corporea è considerata rilevante nello studio delle psicopatologie dal gruppo di Messina, cfr. ad esempio il recente volume Cardella e Gangemi 2021; Pennisi 2020.

mantico a una capacità funzionale. La nostra strada sarà diversa: l'enciclopedia non deve essere intesa come un sistema di funzioni di un *software*, ma come un ambiente in cui costantemente siamo inseriti e che ci si offre sempre a portata di mano costituendo quella che è la nostra *nicchia semiotica* (Paolucci 2020; 2021b; Bondi 2022). Il linguaggio è così un esercizio enattivo, frutto di un *engagement semiotico* con l'ambiente circostante; non ha sede nei processi interni della mente, ma nel *farsi delle pratiche sociali* (Di Paolo *et al.* 2018). Questo punto è direttamente connesso a un elemento che la psicopatologia del linguaggio spesso sottolinea, ma che non porta alle sue estreme conseguenze: la schizofasia è intesa come un disturbo della seconda origine del linguaggio, cioè di quella dimensione intersoggettiva e sociale che ne permette lo sviluppo attraverso i giochi linguistici (Cardella 2013), che noi intenderemo qui come quei processi semiotico-cognitivi che non solo portano allo sviluppo della capacità linguistica, ma che continuamente dirigono le possibilità di ritagli enciclopedici attraverso forme di pratiche collettive.

Le teorie linguistiche sulla schizofrenia mettono al centro un dato di fatto incontestabile: la schizofrenia è un disturbo che può essere solo umano (Lo Piparo 2001; Falzone 2004b; Pennisi 2001). Questa affermazione è fatta riconducendo la specificità dell'umano al linguaggio, pertanto riportando la schizofrenia a quest'ultimo. In questo ragionamento si tralascia però il fatto che il linguaggio non è l'unica caratteristica che distingue gli esseri umani dagli altri animali, e che questa facoltà unicamente umana poggia su una seconda caratteristica altrettanto costitutiva della specie *sapiens*, che è presente ben prima dello sviluppo di un sistema simbolico altamente codificato come il linguaggio. Le capacità di *mimesi*, di attenzione e intenzione *congiunta e condivisa* sono delle caratteristiche propriamente umane da cui si sviluppa l'intera cognizione sociale, culturale e linguistica che è unicamente umana (Corballis 2002; Tomasello 1999, 2003; Zlatev 2005). La specificità dell'umano è anche una specificità sociale e intersoggettiva.

Alla domanda che apre questo paragrafo: «La schizofrenia è un problema linguistico?» dovremo allora rispondere di no. Almeno,

non esclusivamente: la schizofrenia non può essere un problema solamente linguistico data la difficoltà che una tesi di questo tipo porta con sé, ma può essere un problema che coinvolge il linguaggio in un modo costitutivo. Nella restante parte del capitolo, pertanto, svilupperemo uno sguardo sulla schizofasia partendo dall'assunto fondamentale che è solo a partire dalla cognizione sociale che è possibile accedere alla dimensione dei *giochi linguistici*.

5.2. Intersoggettività, schizofrenia e la crisi del senso comune

Abbiamo mostrato il bisogno di uscire fuori dal linguaggio e ripartire dalla dimensione pubblica della significazione. Solo così sarà possibile costruire una posizione originale e autenticamente semiotica. È necessario, dunque, prendere in considerazione un aspetto che è stato finora lasciato fuori: la *rottura* nella dimensione dei giochi linguistici della schizofrenia, può essere ricondotta a una carenza nella dimensione intersoggettiva.

Partiamo da una considerazione fondamentale. Il DSM-5 inserisce al secondo posto tra i criteri diagnostici fondamentali per la schizofrenia un disturbo della dimensione sociale e intersoggettiva:

B. Per una significativa parte di tempo dall'esordio del disturbo, il livello del funzionamento in una o più delle aree principali, come il lavoro, le relazioni interpersonali, o la cura di sé, è marcatamente al di sotto del livello raggiunto prima dell'esordio (oppure quando l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza, si manifesta l'incapacità di raggiungere il livello atteso di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo). (APA 2013, 115)

La disfunzione sociale è quindi una caratteristica fondamentale della schizofrenia, e nessuno sarebbe pronto a negarlo (Burns 2006; Derntl *et al.* 2009). Proprio per questo, alcuni approcci hanno provato a prendere in seria considerazione l'idea che questa disfunzione possa essere la base stessa del disturbo, e non una sua conseguenza. Forse il più importate e riconosciute

to contribuito in questo senso è quello di Chris Frith, con l'idea che il disturbo schizofrenico sia in realtà un disturbo legato a un deficit nella *cognizione sociale*, cioè di quella capacità grazie alla quale è possibile dare un senso alle altrui azioni, emozioni, intenzioni, credenze e stati mentali attraverso uno stato rappresentazionale generato internamente dal sistema cognitivo⁶.

5.2.1. *La schizofasia è un problema di teoria della mente?*

Negli anni '80 e nei primi anni '90, sulla base di una serie di studi sul disturbo dello spettro autistico (ASD) che stabilivano una correlazione tra i sintomi del ASD e un deficit di teoria della mente (Baron-Cohen 1995; Frith, U. 2003), nacque l'idea che anche la schizofrenia potesse essere connessa a un disturbo della capacità di inferire gli stati mentali altrui. Si cercò quindi di sottolineare la differenza fra i due disturbi: mentre, infatti, nell'ASD le capacità di Teoria della Mente (ToM) sono acquisite tardi e in maniera solo parziale, nella schizofrenia lo sviluppo della ToM è completo e i pazienti sono perfettamente in grado di capire che gli altri hanno una mente, ma inferiscono in modo completamente erroneo le intenzioni, i desideri e le credenze delle altre persone (Frith 1992). Questa teoria della mente *aberrante* sarebbe a sua volta derivata dal disturbo fondamentale della schizofrenia, rintracciato in un difetto nelle capacità di meta-rappresentazione, ovvero la capacità di controllare e monitorare i propri pensieri in maniera consapevole (cfr. *infra* 2.1.5.1).

Un mancato monitoraggio del pensiero su sé stesso e sull'azione produrrebbe tra le altre cose anche un'incapacità di com-

⁶ La capacità di rappresentare lo stato mentale altrui, a seconda delle teorie maggioritarie, può essere il prodotto di un'inferenza proposizionale in terza persona (*Theory Theory*), o di una simulazione in prima persona (*Simulation Theory*). La teoria della mente (ToM) è un'abilità cognitiva che si sviluppa durante l'ontogenesi a partire dai 9 mesi attraverso il sistema di attenzione congiunta verso un oggetto e si ritiene acquisita solo intorno ai 3-4 anni, quando il bambino è in grado di utilizzare un vocabolario di termini riferiti agli stati mentali altrui e di inferire la differenza tra ciò che lui pensa e ciò che l'altro pensa (Baron-Cohen 1995).

prendere delle intenzioni proprie e degli altri. Quest'ultimo punto è quello connesso alla ToM e al disturbo linguistico nella schizofrenia:

La mia conclusione è che alcuni “disturbi del pensiero” schizofrenico riflettano un disturbo di comunicazione causato in parte dall'incapacità del paziente di prendere in considerazione la conoscenza dell'ascoltatore nella formulazione del proprio discorso [...]. Il locutore schizofrenico non tiene conto della mancanza di conoscenza da parte dell'ascoltatore, e questa è la ragione per cui chi lo ascolta ha difficoltà di comprensione. (Frith 1992, 104)

Per Frith, i disturbi schizofasici possono essere quindi ridotti a un problema di cognizione sociale che inficia la dimensione pragmatica del linguaggio da cui deriverebbero tutte le altre anomalie linguistiche (Brüne e Schaub 2012; Corcoran e Frith 1996). Resta tuttavia un elemento fondamentale che già Frith sottolineava nel 1992, senza fornirne però una vera e propria problematizzazione: la differenza tra produzione e comprensione nella schizofasia. Gli schizofrenici non hanno difficoltà a comprendere le frasi dei loro interlocutori (a parte quelle metaforiche e ironiche) mentre sono i loro interlocutori a non capirli. Questo getta qualche dubbio sulla tesi di una teoria della mente completamente deficitaria. In effetti, non sono mancati studi che andavano in una direzione opposta a quella proposta da Frith, come ad esempio quello di McCabe e colleghi (2004), i quali, analizzando le interazioni spontanee di pazienti schizofrenici con i loro terapeuti, hanno mostrato chiaramente come i pazienti posseggano la capacità di utilizzare un vocabolario mentalistico funzionale e di attribuire stati di credenza e desiderio ad altri soggetti e a sé stessi:

Dr: and what does [your girlfriend] think about the medication P: she sort of ah I don't know, she she I donno she sees the negative side of it a lot of the time Dr: what's the negative side or it P: I donno, she always thinks I have a bad memory you know, it makes me sorta slow down an stuff. (McCabe et al., 2004, 405)

Dalle conversazioni riportate da McCabe si evince come i pazienti si trovino a loro agio nell'inferire gli stati mentali di altri individui e nel meta-rappresentare le proprie e le altrui credenze. Questo dato porta a ridiscutere i due asserti fondamentali della teoria di Frith: non sembra che vi sia una difficoltà nell'inferire stati mentali altrui (Gallagher 2013), con l'evidente impossibilità di riportare le difficoltà nella pragmatica linguistica ai disturbi nella meta-rappresentazione.

5.2.2. *Cognizione sociale: dalla ToM all'IT*

Nonostante le controversie, l'approccio di Frith ha avuto il grande merito di avere ispirato una forte riflessione attorno al tema dei legami tra schizofrenia e cognizione sociale, portando a posizioni critiche per noi molto interessanti che cercano di spiegare i disturbi della cognizione sociale nella schizofrenia attraverso le teorie enattiviste sull'interazione (Hutto 2013; Gallagher 2013; Hipólito e Martins 2018; Gallagher e Varga 2015; Froese *et al.* 2013; Stanghellini e Ballerini 2011a). La visione enattivista riconosce che ci sia una forte componente sociale del disturbo e che essa debba essere indagata per capire in che modo influenzi le altre manifestazioni sintomatiche. Allo stesso tempo, sostiene con forza l'idea che non si debba indagare la cognizione sociale a partire da una *teoria della mente*. L'enattivismo rifiuta proprio l'idea che per accedere agli stati mentali altrui necessitiamo di un sistema di inferenze rappresentazionali di tipo individualistico che si sviluppano tardi nell'ontogenesi. Al contrario, si sostiene che la cognizione sociale sia primariamente di tipo sensorimotorio e connessa alla percezione diretta delle espressioni altrui: è il nostro corpo che ci guida sin dai primi istanti di vita nell'interazione con gli altri, attraverso un sistema automatico di riconoscimento e di risonanza in cui i *neuroni specchio* giocano un ruolo fondamentale (Gallese 2001, 2003; Gallagher e Zahavi 2008; Gallagher e Hutto 2008; Paolucci 2012). Spesso, ci si riferisce a questa teoria come *Interoception Theory* (IT) (Gallagher 2020).

Gli stati mentali dell'altro sarebbero immediatamente accessibili e risulterebbero significativi in virtù di una coordinazione sensorimotoria partecipata, un *participatory sense-making* (De Jaegher e Di Paolo 2007) che orienta i partecipanti di una interazione come in una danza, in cui sono le *affordance* sociali a essere importanti e non gli stati mentali da inferire. Questa capacità non inferenziale, percettiva e corporea, è alla base di ogni nostra interazione con gli altri ed è quella che permette la coordinazione tra i bambini e i loro genitori (Trevarthen 1979), l'imitazione dei gesti e del viso (Meltzoff e Moore 1977, 1994), il gioco (Reddy 2008; Hobson 2002), l'attrazione spontanea per il suono della voce dei genitori e per il loro sguardo. È quindi alla base di quel fenomeno chiamato *intersoggettività primaria*, la risonanza emotiva fondamentale che si origina sin dalle prime interazioni tra *caregiver* e bambino. La nostra percezione dell'altro è dunque determinata da meccanismi di azione che ci permettono la sopravvivenza: nasciamo già capaci di *attunement* percettivo ed emotivo con l'altro, i volti, la voce materna, il calore umano costituiscono delle *affordance* immediate e cablate biologicamente nel nostro sistema neuronale e corporeo. Questa capacità è alla base della nostra cognizione sociale per tutto il corso della vita: anche da adulti per la maggior parte delle nostre interazioni non abbiamo bisogno di meccanismi inferenziali per comprendere chi ci sta di fronte, ad esempio il rossore del viso ci invia immediatamente un messaggio di vergogna o timidezza, un urlo di dolore ci informa immediatamente di una condizione di sofferenza.

A partire da questa forma di intercorporeità immediata, si passa durante l'ontogenesi alla fase definita di *intersoggettività secondaria*, in cui la diade madre-bambino si dirige verso un terzo elemento che può essere co-attenzione, favorendo lentamente lo sviluppo di attività semiotiche come il *pretend-play*, il *pointing*, il *role-taking*, etc. (Tomasello 1999). Il contesto pragmatico viene insomma via via inserito nell'interazione che si modifica e si plasma attraverso di esso.

In seguito, verso i 4-5 anni, si raggiunge una *intersoggettività terziaria* (Fuchs 2017) dove fondamentale è il pensiero

pragmatico e fondato su regole e assiomi condivisi, che portano all'acquisizione della capacità di muoversi liberamente nel significato attraverso il linguaggio. Tale capacità linguistica permette l'ingresso del bambino in pratiche narrative condivise (Nelson 2007) che favoriscono l'acquisizione del vocabolario mentalistico fatto di azioni, intenzioni, desideri, motivazioni (Hutto 2008) che costituisce la base per sviluppare quella che è normalmente chiamata una *teoria della mente*. Attraverso l'interazione si sviluppa quindi la capacità di "inferire" gli stati mentali propri e altrui, la quale non è però connessa a un modulo mentale innato, ma all'acquisizione della capacità di utilizzare storie. Da questo punto in poi, gli altri non sono più visti come semplici agenti intenzionali ma come agenti psicologici inquadrabili attraverso una *self-other metaperspective* (Fuchs 2017), che permette di vedere in terza persona sé stessi e gli altri in un contesto operativo linguistico.

Alla luce di questi principi, l'enattivismo rilegge le difficoltà che le persone con schizofrenia presentano nel contesto della cognizione sociale: la difficoltà a selezionare gli indizi contestuali, i problemi di pragmatica e di competenza narrativa sarebbero quindi connesse a delle difficoltà nella dimensione intersoggettiva ed *embodied* che ci guida nelle interazioni quotidiane (Hutto 2013; Gallagher 2013; Stanghellini 2008).

5.2.3. Intersoggettività, psicopatologia fenomenologica ed *embodiment*

Queste teorie si sono evolute in parallelo a quello che è definito un *intersubjective turn*⁷ nella psicopatologia fenomenologica (Van Duppen 2017). Questo programma di ricerca ha lavorato molto proprio sulla schizofrenia, recuperando alcuni portati della *psicopatologia* che nel tempo erano stati un po' lasciati da

⁷ Per citare solo alcune delle ricerche che vanno verso questa direzione: Ballerini 2002; Stanghellini 2008; Fuchs 2017; Cusinato 2018; Bizzari 2018; Hipólito 2016; Salice e Henriksen 2015.

parte, come ad esempio il concetto di *autismo* di Minkowski e quello di *perdita dell'evidenza naturale* di Blankenburg. La proposta che emerge da questi studi è che la schizofrenia possa essere vista come un problema *costituito* da un *deficit relazionale basilico* (Stanghellini 2008; Pienkos 2015; Ratcliffe 2017) connesso ai disturbi della soggettività e della corporeità.

Per comprendere tale proposta bisogna partire dal cosiddetto *ipseity-disturbance model* (IDM) (*supra* §3.2.2), che descrive e spiega la schizofrenia come un disturbo dell'*ipseità*⁸ da cui dipendono due modalità aberranti dell'esperienza del sé e del proprio corpo. Da una parte si verifica una diminuzione della *self-affection* che comporta una diminuzione del legame col proprio corpo vissuto: il paziente schizofrenico sente di *avere un corpo*, ma non di *essere un corpo*. In merito a questo, Fuchs (2005; De Haan e Fuchs 2010) e Stanghellini (2009) hanno parlato di un *disembodiment* dello schizofrenico, che sembra incarnare l'immagine perfetta di una macchina cartesiana: una mente che tende a separarsi dal proprio corpo come se gli desse dei comandi da una cabina di controllo; dall'altra, si manifesta una forma di *iper-riflessività* che porta a una oggettivazione morbosa delle parti che compongono il proprio corpo (Cutting 1999; Pennisi 2020), proprio perché non vengono più sentite come proprie, trasformando il *corpo vissuto*, il *Leib*, in un oggetto, un *Korper*.

Ciò che normalmente costituisce lo sfondo abituale delle nostre azioni, la nostra corporeità viva, diventa così per lo schizofrenico un oggetto estraneo da contemplare morbosamente, interrompendo e modificando drasticamente il flusso di interazione con il mondo: il *know-how* corporeo si trasforma in un *know-that* (Henriksen e Nilsson 2017; Fuchs 2010).

Questi elementi sono decisivi per spiegare cosa accade nell'intersoggettività schizofrenica nei termini dell'*Interaction*

⁸ Per *ipseità* si intende quell'elemento strutturale costitutivo dell'esperienza che permette la modalità soggettiva di ogni vissuto. Si può esprimere attraverso il concetto di *mieità* che accompagna ogni presentazione nel campo fenomenologico. Non è quindi un oggetto dell'esperienza, un *cosa*, ma un *come* che costituisce la condizione pura di possibilità di individuarsi come un soggetto a un livello riflessivo (Zahavi 2005; 2014).

Theory. Se il corpo è il medium attraverso cui esercitiamo quello *skillful-know-how* sensorimotorio che ci permette una *intercorporeità* immediata alla base di ogni cognizione sociale, allora i disturbi del *sé corporeo* necessariamente produrranno delle difficoltà a un livello intersoggettivo di base⁹. Tali difficoltà generano un distacco dalle *affordance* sociali primarie: la capacità di decodificare negli altri le espressioni del viso, le emozioni, le tonalità affettive nella voce. Parrebbe dunque che la schizofrenia si manifesti come un disturbo dell'intersoggettività primaria, a livello inter-corporeo, da cui deriverebbero solo in secondo luogo difficoltà nell'intersoggettività secondaria (Fuchs 2015). Infatti, come riportano Salice e Henriksen in uno studio sull'intenzionalità congiunta nella schizofrenia, il problema dei soggetti schizofrenici in fasi non acute del disturbo non è quello di partecipare ad attività sociali o di svolgere azioni con gli altri, ma specificatamente quello di interagire in assenza di chiare regole e ruoli strutturati (Salice e Henriksen 2015). In altre parole, i pazienti riportano difficoltà minime a partecipare a compiti condivisi in cui i ruoli, le strutture e i compiti sono chiari. Questo permette loro di sentirsi parte di un gruppo da un punto di vista puramente concettuale, mentre la difficoltà maggiore è incontrata a un livello emozionale ed empatico: ardue sono quelle interazioni in cui non ci sono regole prestabilite. Si tratta esattamente del problema che Blankenburg chiama *la crisi dell'evidenza naturale* (Blankenburg 1971), il senso di spaesamento di fronte a ciò che gli altri reputano normale.

⁹ Questa idea è stata di recente discussa anche a un livello neuroscientifico, dove pare sempre più chiara una connessione tra disturbi dell'*embodiment* e dell'intersoggettività (Gallese e Ferroni 2023; Gallese et al. 2024). Infatti, diversi studi condotti sul meccanismo di integrazione multisensoriale e sul *bodily self* nella schizofrenia sembrano confermare le tesi espresse dalla psichiatria fenomenologica (cfr.; Gallese e Ferri 2014, 2015; Fotia 2021). D'altra parte, nei compiti riguardanti l'osservazione delle azioni degli altri, troviamo alcune conferme derivanti dagli esperimenti sui neuroni specchio che sembrerebbero presentare una ipoattivazione negli schizofrenici (Ferri et al. 2014) e sugli studi di riconoscimento sé-altro. Il legame tra intersoggettività, soggettività e corporeità grazie a questi studi sembra ben lontano dall'essere pura speculazione filosofica e, nonostante i risultati di questi esperimenti siano molto lontani dall'essere definitivi, la tesi di una disfunzione della intersoggettività primaria nella schizofrenia "prende corpo".

Di questa dimensione, in cui la perdita del legame intersoggettivo e la razionalità morbosa sui rapporti sociali si manifestano, ci danno spesso conto i resoconti in prima persona dei pazienti, come quello di Amy Johnson:

I feel cut off, cut off from the humanity, and I want back in. I look at people and I don't feel like one of them. People are strangers. I look at a person's face. I study the lines, the brow, and the colors in the iris. The human is my subject, I scientifically try to identify. (Johnson 2012, 208)

Come il corpo proprio, anche il corpo dell'altro diventa oggetto di attenzione morbosa, ridotto a parti di *Korper* da studiare, da contemplare per capire il segreto nascosto delle interazioni quotidiane, da cui ci si sente tagliati fuori. Questa incapacità, dunque, impedisce una costruzione di un mondo comune con l'altro, eccetto quei casi in cui siano stabilite regole chiare e dirimenti a monte.

Volendo leggere le tesi sulla crisi dell'intercorporeità in un'ottica semiotica, potremmo dire che ciò che si verifica in questi casi è una interruzione del flusso di senso condiviso dovuta a un disturbo di quelle pratiche e interazioni che permettono scambi semiotici non-verbali (Violi 2007; 2008).

La nostra sfida consisterà nel mostrare come, sulla base di questo di questo disturbo fondamentale dell'*intercorporeità*, sia possibile costruire una teoria che spieghi la perdita dello schizofrenico nell'enciclopedia senza fare appello a un vocabolario internalista e mentalistico.

5.2.4. *La crisi del senso comune*

Il fatto che vi sia una relazione tra il dominio del linguaggio e il dominio dell'intersoggettività nella schizofrenia è un'ipotesi già attestata nell'ambito della fenomenologia clinica (Sass e Pienkos 2015; Pienkos e Sass 2018), sebbene tale relazione non sia mai stata sinora dovutamente approfondita. Si tratterà, quindi, di muovere dei passi in questa direzione. Per far ciò sarà necessario poggiarci sulla teoria dello psicopatologo Gio-

vanni Stanghellini (2008), che introduce il concetto di *senso comune* per inquadrare il problema sociale della schizofrenia.

Il *senso comune* è inteso in questa teoria come una caratteristica esperienziale fondamentale dell'essere umano, come un «organo di senso orientato sul mondo delle relazioni sociali» (Stanghellini 2008, 109). Stanghellini individua due particolari accezioni di questo concetto: da una parte vi è l'idea di *senso comune* come una forma di *social knowledge*, dall'altra l'idea di *senso comune* come naturalità dell'esperienza inter-corporea e intersoggettiva.

Sarebbe, quindi, proprio nella perdita di questo *senso* che nella schizofrenia i due orizzonti si fondono, generando un sentimento di estraneità con una conseguente crisi generale del mondo sociale.

Un paziente di Henriksen e Nilsson può aiutarci a spiegare cosa esattamente comporta questa separazione dal mondo del senso comune:

I've always felt as if others could almost smell that I was different. They could simply feel that I was a different animal in the herd. I always felt like a giraffe among Rhinos. (Paziente di Henriksen e Nilsson 2017, 10)

Si noti come il sentimento *animale* di separazione dagli altri, la crisi del legame *intercorporeo*, per il paziente si realizza, ma soprattutto si *articola* e prende senso, nella sensazione di una diversa appartenenza identitaria rispetto al gruppo sociale di riferimento, come esemplificato dalla dichiarazione di sentirsi una giraffa tra i rinoceronti. Il *disturbo del senso comune* deve essere così inteso come un disturbo di una realtà stratificata in livelli di intersoggettività profondamente in relazione fra loro.

Per questa ragione, Stanghellini ha proposto una organizzazione del senso comune su due livelli comunicanti e interagenti tra loro: la *Koiné Aisthesis* e il *Sensus Communis*, dove il termine greco e quello latino riflettono due modi attraverso cui la dimensione intersoggettiva è stata concettualizzata rispettivamente da Aristotele e da Cicerone¹⁰.

¹⁰ Questa organizzazione è stata poi ripresa e parzialmente modificata da Thoma e Fuchs (2018).

Koiné Aisthesis: in questa categoria Stanghellini inserisce tutte quelle capacità *sensorimotorie* che ci permettono di percepire il sé e il mondo attraverso il corpo vissuto nella sua immediata significazione e il suo *attunement* con l'ambiente circostante. Per Stanghellini questo livello riguarda anche un *emotional-affective attunement* con gli altri (Stern 1985-2000). A questo livello si possono ascrivere tutti i concetti relativi all'intersoggettività primaria e alla forma del *minimal* e del *bodily self* di cui abbiamo parlato (Trevarthen 1979; Gallagher e Zahavi 2008): la coscienza sensoriale e preriflessiva di sé (*ipseità*), il riconoscimento intuitivo della propria sensomotricità e della propriocezione, l'integrazione multisensoriale degli stimoli, l'*intercorporeità* e la sintonizzazione affettiva. Si tratta insomma del livello che classicamente la fenomenologia clinica ha individuato come il nucleo dell'esperienza psicopatologica. Il disturbo della *koiné aisthesis* è dunque quello che porta alla perdita della dimensione primaria dell'intersoggettività, intaccando la stessa *possibilità di condividere con gli altri uno degli innumerevoli mondi possibili* (Stanghellini 2008, 86).

Sensus Communis: questa dimensione riguarda per Stanghellini forme di interazioni culturalmente plasmate e incorporate attraverso abiti. Si tratta della capacità di entrare in una interazione attraverso delle regole e dei comportamenti culturali. Il *sensus communis* è collegato in maniera prevalente a quelle che abbiamo definito intersoggettività secondaria e terziaria, cioè quei momenti dello sviluppo in cui si acquisiscono alcune capacità interazionali come la *joint attention*, il *gaze-following*, il *pointing*, che permettono la creazione di un *contesto condiviso*, di un linguaggio e di pratiche narrative. Con il *sensus communis* siamo cioè gettati completamente nel dominio del culturale e degli abiti di pensiero e d'azione culturalmente orientati, basati su un repertorio condiviso di una comunità.

Il *sensus communis* non è solo una serie di fatti conoscibili alla portata di ognuno, è una serie di procedure interpretative o "elenco di pratiche" condiviso in maniera tacita e implicita da tutti quelli che appartengono allo stesso contesto culturale (Garfinkel 1976). Il mondo sociale si pre-

senta come una costruzione, fatta di significati convenzionale e arbitrari, costruita sull'orlo del grande abisso del dubbio che la realtà non sia come normalmente è rappresentata. Il *sensus communis* stesso protegge e previene l'accesso a questo abisso del dubbio. (Stanghellini 2008, 85)

Stiamo parlando di quella serie di conoscenze precedenti a portata di mano che sono la base per interpretare il mondo (Schutz 1960) e che costituiscono lo sfondo di pregiudizi che fornisce il *background* per ogni tentativo nuovo di interpretazione (Stanghellini 2008, 105).

Nella schizofrenia anche questa dimensione è fortemente intaccata, ed è per l'appunto quella a cui Pennisi (2001) e Cardella (2013) si riferiscono come la *perdita della capacità di giocare ai giochi linguistici* di una comunità, e che Blankenburg (1971) in qualche modo includeva nella sua *perdita dell'evidenza naturale*. Le regole sociali diventano oggetto di attenzione dello schizofrenico che, anziché praticarle grazie a un rapporto *embedded* col proprio ambiente, si limita a osservarle dal di fuori come un antropologo che incontra per la prima volta un popolo sconosciuto e cerca di imitarne meccanicamente i costumi senza sperimentarne il senso pratico.

Ecco allora che la schizofrenia, generando una frattura costitutiva in e fra queste due dimensioni, esibisce quattro disturbi fondamentali che si articolano nella relazione tra una *koinè aisthesis* ridotta e un allontanamento dal *sensus communis*. Il fallimento dell'intercorporeità e la sensazione di indecifrabilità delle regole del gioco conducono alla perplessità di fronte agli altri (*anomalie della sintonizzazione*), alla mancanza di comprensione empatica diretta e al tentativo continuo di condurre le interazioni sociali come se le si guardasse dall'esterno, generando inevitabili fallimenti (es. «Da piccola osservavo le mie cuginette per capire quando era il momento di ridere o come facevano ad agire senza prima pensarci sopra» Blankenburg 1971, 41). Le interazioni sociali, inoltre, non sono vissute solo come estranee, ma possono anche (e contemporaneamente) configurarsi come un'invasione dell'altro all'interno dello spa-

zio soggettivo, rispecchiando una mancanza di confini mentali e corporei tra sé e il mondo (*vulnerabilità eteronomica*; es. «Mi fa paura tuffarmi nella testa di mio padre perché ho paura di perdermi», Stanghellini 2008, 124). La distanza tra l'esperienza vissuta dal soggetto e quella degli altri genera un'attitudine scettica e sprezzante nei confronti delle regole del *sensus communis*, viste come banali e limitanti proprio perché sembrano fondate su altri ordini lontani dalla verità dell'esperienza vissuta dallo schizofrenico (*antagonomia*; es. «My aversion to common sense is stronger than my instinct to survive.» Stanghellini e Ballerini 2011b, 188). Infine, il paziente arriva a mettere in discussione l'immagine del mondo che fonda l'altrui *sensus communis*, cioè il fondamento stereotipico delle interpretazioni in una comunità. Questo sfondo permette agli individui di non dover ricostruire ogni volta *ex-novo* il significato delle parole, dei concetti e degli oggetti, fornendo loro una base interpretativa stabile regolata dal sistema culturale e condivisa con gli altri membri della comunità. Nello schizofrenico, invece, è rintracciabile il *rifiuto sprezzante dell'ovvio*, ma anche una messa in discussione continua della funzione segnica fra significato e significante che normalmente non è questionata dalla riflessione (es. «Non capisco perché questo si debba chiamare tavolo e se c'è il sole si debba dire che è una bella giornata.» Stanghellini 2008, 126). Lo stesso sfondo semiotico da cui il paziente si allontana è allora interrogato nella sua virtualità, alla ricerca di un fondamento e continuamente riadattato alle esigenze esperienziali producendo l'idiosincrasia della comunicazione e della significazione (*ipertolleranza della complessità semantica*).

In questo modo Stanghellini ci offre un punto di sutura per congiungere livello intercorporeo e livello sociale del senso, aprendo lo spazio per una comprensibilità delle modalità di significazione messe in atto dai pazienti schizofrenici. Ci pare che questa teoria riesca realmente a spiegare il disturbo schizofrenico come un disturbo della seconda origine del linguaggio, se intendiamo per essa, come fanno Pennisi e Falzone, l'origine socio-ontogenetica delle capacità linguistiche. Per queste ragioni, crediamo che la teoria del *senso comune* possa essere di

grande interesse per una semiotica che intende comprendere i disturbi linguistici schizofrenici. Si tratterà ora di inquadrarla all'interno di una più vasta ecologia di senso dando conto della sua dimensione enciclopedica (Basso Fossali 2009).

5.3. *Persi nell'Enciclopedia: senso comune ed enunciazione*

Abbiamo mostrato come l'incapacità dello schizofrenico di dominare il significato culturale e il linguaggio debba essere radicata in un profondo scompenso sensorimotorio e affettivo-empatico che si riverbera su tutti i livelli di regolazione intersoggettiva e culturale. La schizofasia deve quindi sin da subito essere intesa come la manifestazione diretta della perdita di intersoggettività. Già Piro, usando le teorie di Bruno Callieri, aveva notato una corrispondenza biunivoca tra schizofasia e perdita della intersoggettività:

la solitudine ontica (l'essere diventato solo) si verifica come situazione piena al malato mentale, secondo una vasta gamma modale che va dal venire abbandonati da tutti, al sentirsi fuori dal mondo, al sentirsi incapace di porsi in rapporto, al dover stare da solo. [...] I disturbi del linguaggio, negli schizofrenici, rientrano in questo senso nella dimensione ontica dell'isolamento, poiché pur non allontanando fisicamente il soggetto, riesce tuttavia ad isolarlo frantumando i rapporti semantici necessari al suo comunicare con gli altri. (Piro 1967, 294-295 corsivi dell'autore)

In termini semiotici, nella schizofrenia è messa a repentaglio la stessa natura del mondo, che è sempre il risultato di un accordo tacito intersoggettivo di sintonizzazione in cui il *senso*, e quindi il *significato*, possono emergere come il risultato di un fare-con (Marrone 2005b; Marsciani 2012a). Il senso non può essere più co-irreggimentato con l'*altro* e il mondo vissuto non è più condizione di possibilità per la condivisione dei processi di significazione. Tale interruzione genera anche un generale rifiuto del mondo che l'altro abita e delle proposte interpretative

che mette in atto nel tentativo di comprenderlo. Ciò implica il rifiuto dei riferimenti a un mondo comune secondo regole di inferenza condivise che sono alla base delle capacità semiotiche (Violi 2012b; Paolucci 2019). La frammentazione dell'*attunement primario* genera così una crisi del mondo vissuto in comune, che spinge i soggetti ad allontanarsi anche dallo sfondo di credenze che sorreggono tale mondo: crolla così l'accesso condiviso a un repertorio culturale comune che potremmo indicare, con le parole di Stanghellini, come un grande database di costrutti (semiotici) per tipizzare la realtà (Stanghellini 2008: 99). In pratica, Stanghellini offre una definizione di questo repertorio culturale sostanzialmente identica a quella usata in semiotica per indicare una *semiosfera* (Lotman 1985). Questa è la forma dell'organizzazione dei significati culturali in una determinata società, che permette ai suoi membri qualsiasi operazione semiotica di *concettualizzazione* e *significazione* di pratiche, situazioni, comportamenti, o manufatti culturali e che funge da mediazione tra la significazione individuale e la sua apprezzabilità sociale (Lorusso 2010). Quando Stanghellini afferma che le regole del *sensus communis* non sono il frutto di una ricerca individuale del soggetto all'interno del proprio ambiente culturale, ma il risultato di una *familiarità* con lo sfondo di significazione culturale all'interno del quale siamo inseriti, sembra incredibilmente parlare proprio del funzionamento semiotico della cultura e del linguaggio come *sistemi modellizzanti* (Lotman 1985; Lorusso 2010). Anche in semiotica infatti è presente l'idea per cui i dispositivi semiotici all'interno di un ambiente socioculturale plasmano le modalità attraverso cui gli individui sono in grado di articolare senso, di fatto indirizzandone attivamente le possibilità, precludendo dei processi semiotici e favorendone degli altri in maniera completamente irriflessa, come sfondo abituale.

Il senso comune è, insomma, profondamente legato a una risonanza con il mondo culturale e all'acquisizione di abiti interpretativi generalmente presi per buoni e non questionati dalla riflessione: è anche la forma di introiezione dei discorsi culturali. Grazie alla componente del *sensus communis*, il

senso comune si carica di una serie di conoscenze condivise da un certo gruppo culturale, repertori abituali del già detto che costituiscono lo sfondo della nostra esperienza del mondo (Paolucci 2020). La perdita di questa dimensione, causata da una incapacità di afferrare pre-riflessivamente il significato del mondo e delle parole, produce quello che Stanghellini chiama *l'abisso del dubbio*, lo *sgretolamento della unicità dei significati* e il perdersi del soggetto nell'iper-complessità semantica non regolata da conoscenze condivise.

Adottando questa prospettiva è quindi possibile dire che uno scompenso nei domini semiotici non-linguistici delle interazioni intersoggettive (Landowski 2005) e delle pratiche culturali (Fontanille 2008) si traduce in un disturbo semiotico linguistico che a sua volta retroagisce su di esse. Si tratterà quindi ora di declinare la relazioni tra schizofasia e senso comune all'interno di un approccio enciclopedico che ne favorisca l'intelligibilità.

5.3.1. *Due note preliminari su semiotica e teoria del senso comune*

Prima di procedere ci sono tuttavia due notazioni preliminari riguardanti la compatibilità di uno sguardo fenomenologico con uno semiotico¹¹. Innanzitutto, i due livelli del *senso comune*, per quanto inscindibilmente connessi nell'ottica di Stanghellini, hanno necessariamente una gerarchia nel modello proposto: è il disturbo della *koiné aisthesis* a essere il fondamento del disturbo del *sensus communis*, perché ne rappresenta il presupposto genetico. Ora, se l'indagine fenomenologica punta ad arrivare a tale nucleo esperienziale per *spiegare* il disturbo, una semiotica non può seguirla. In termini semiotici, il senso non si articola su livelli di profondità esperienziale, ma si dà unitariamente attraverso i processi di significazione che vengono distinti solamente a un livello di analisi: questo impli-

¹¹ Ringrazio Anna Maria Lorusso che con una sua osservazione mi ha mostrato la necessità di queste note preliminari.

ca che, laddove la fenomenologia vede il disturbo schizofrenico dal punto di vista degli a-priori esperienziali – in cui il ruolo fondamentale è attribuito a strutture dell'esperienza che vengono separate attraverso un atto di *epochè* – la semiotica preferisce non creare ulteriori effetti di senso. In un'ottica semiotica, istituire, attraverso dei *discorsi* sull'esperienza, l'insieme delle strutture formali che la determinano significa ipostatizzare delle interpretazioni che in realtà sono locali e contestuali. La semiotica, invece, assume esattamente la contestualità del darsi del significato come suo fondamento (Paolucci 2010; Rastier 2007): ciò comporta una ricombinazione della teoria sempre locale e un suo continuo riadattamento all'oggetto che si intende analizzare. L'idea che vi sia una intersoggettività immediata a fondamento di una intersoggettività culturale è una ipotesi fenomenologica sul funzionamento dell'esperienza, ma è facile notare come questa intersoggettività 'primitiva' non si manifesti mai al di fuori di pratiche sociali che la determinano. Forse non è il caso, quindi, di tenere separate le due dimensioni. Questo perché, anche ammesso che l'organismo *embodied* ed *enattivo* (o, se si preferisce, il *Leib*) presenti delle possibilità di produrre senso, questo senso non si dà *mai* fuori dal suo contesto di effettiva realizzazione, che è sempre un contesto di natura *semiotica*. Questo accade sin dalle prime manifestazioni di intersoggettività, che sono precedenti alla capacità semiotica del bambino (che si sviluppa solo nella fase di intersoggettività secondaria), ma non sono certo immuni all'influenza delle capacità semiotiche dei *caregiver*, e si svolgono *sempre* in una cultura che le plasma (Violi 2012a, b). La gestione della distanza intercorporea, il *baby talk*, le manipolazioni del *caregiver* sul bambino, le tecniche di accudimento, il sapore del latte materno (o del latte in polvere), gli spazi di interazione, la scansione dei tempi, la frequenza dei sorrisi e addirittura le emozioni veicolate hanno una componente culturale, e quindi una variabilità, che rende l'*attunement* intersoggettivo un'operazione semiotica fin dal primo momento.

La seconda nota preliminare è una diretta conseguenza della prima. Se nel caso dell'intersoggettività primaria può comunque

avere un suo senso distinguere tra una dimensione affettiva-emozionale-sensorimotoria e una culturale, proposizionale e semiotica per garantire una miglior focalizzazione su alcuni aspetti dell'interazione, nel caso della schizofrenia questa distinzione rimane puramente descrittiva e trova senso solo all'interno del tentativo fenomenologico di spaccettare l'esperienza per tirarne fuori le alterazioni strutturali. Bisogna però tener conto che la schizofrenia insorge in età matura, quando intersoggettività primaria, secondaria e terziaria sono completamente sovrapposte, in cui il pensiero linguistico è ormai una dimensione costitutiva dell'esperienza e in cui la semiosi ha proceduto a modificare buona parte delle nostre capacità cognitive. Da questo punto di vista, Pennisi (2001; 2003) ha perfettamente ragione: il linguaggio gioca un ruolo fondamentale nel disturbo, proprio perché esso insorge in un'età in cui si è completamente immersi in un ambiente linguistico che è già stato *incorporato* e che ha già modificato in parte la nostra stessa organizzazione sensorimotoria. Con questo non stiamo ovviamente affermando che la teoria di Stanghellini non tenga in considerazione questo aspetto; anzi, crediamo che l'idea del *sensu comune* sia nata da questa profonda consapevolezza di inscindibilità. Stiamo piuttosto affermando che l'approccio fenomenologico porta con sé sempre l'ombra di una separazione. Per questo suggeriamo una integrazione semiotica alla psicopatologia, proprio per dare conto della complessità costitutiva del senso nel suo manifestarsi e per acquisire degli strumenti che permettano una maggiore comprensibilità dei disturbi. In altre parole, ogni *attunement* e ogni perdita dell'*attunement* non si verifica prima su un livello di intercorporeità e poi su un livello sociale; ogni *attunement* non è altro che la sintonizzazione con un mondo ambiente già culturalmente formato e sin da subito gravido di cultura e di "regole del gioco" che costituiscono lo sfondo imprescindibile per ogni possibile maturazione cognitiva (Paolucci 2010; 2021b). Se si può accettare che fenomenologicamente il *sensus communis* possa istituirsi su una *koinè aisthesis*, si dovrebbe anche ammettere che semioticamente esso rappresenta l'unica modalità in cui la *koinè aisthesis* si offre al nostro sguardo di osservatori.

5.3.2. *Sensu comune, Peirce e Eco*

Partiamo dunque da un parallelismo che ci permetterà di spiegare perché il movimento schizofasico nell'enciclopedia assume le forme di cui abbiamo parlato (*supra* §4). Il livello del *sensu comune* che Stanghellini individua come *sensus communis* costituisce l'elemento più importante per gettare un ponte con un'impostazione semiotica, perché lo psicopatologo, utilizzando le idee di Wittgenstein (1969), afferma che il repertorio di giochi linguistici diviene trasparente costituendo la base interpretativa di partenza, cioè un insieme di credenze non dimostrate che costituiscono il punto di avvio di tutti gli altri fenomeni interpretativi (credenze come «questa mano è mia», o «il cielo è blu» non sono infatti credenze su cui in genere si riflette, ma si presentano come un punto di partenza ampiamente condiviso da tutti i membri in una determinata comunità di cui difficilmente si dubita).

Come ampiamente mostrato da Rossella Fabbrichesi (2004), ci sono delle profonde somiglianze tra la teoria dello sfondo certo di credenze di Wittgenstein e la teoria del *common sense* di Peirce, quest'ultima contenuta nei saggi dedicati al cosiddetto *critical common sensism* (tradotto come *dottrina critica del sensu comune*; CP 5.438-452). Secondo Peirce, esistono delle credenze che pur non essendo coscienti modificano le nostre catene interpretative fornendo una base solida di ogni conoscenza: «da ciò consegue che sfuggono al controllo: i giudizi percettivi, le credenze originarie di tipo generale e ricorrente, indubitabili perché non sottoposte a critica, le inferenze acritiche indubitabili» (CP 5.442). Queste conoscenze precoscienti costituiscono lo sfondo delle operazioni inferenziali perché, per iniziare a conoscere qualcosa di nuovo, «non si può risalire più indietro [di queste]» (CP 5.440). Il nome attribuito a questa base solida e indubitabile di credenze originarie è esattamente quello di *sensu comune* (*common sense*). La dimensione delle inferenze acritiche e ritenute vere da cui il *common sense* è caratterizzato non ha una natura soggettiva, ma una natura sovraindividuale: è nella pratica stessa del parlato che si manifesta

la struttura del senso comune. Essa è implicita «in the structure of ordinary ways of talking» (Short 2007, 272) e si presenta con il carattere dell'ovvietà e della banalità, una certezza intuitiva che il mondo condiviso sia lo stesso per tutti.

Il carattere immediato di queste certezze costituisce per molti interpreti una falla nella filosofia di Peirce, perché sembrerebbe contraddire il principio della *semiosi illimitata* dato che un'inferenza che parte da credenze certe e immediate non avrebbe bisogno di essere ulteriormente investigata. Tuttavia, questa teoria non va intesa come un'apertura all'intuizionismo, ma va inserita nella generale economia della filosofia anti-cartesiana e anti-intuizionista di Peirce, di cui in realtà rappresenta una componente fondamentale (Boyd e Heney 2017). Il *senso comune* è cioè un potente meccanismo regolativo profondamente dipendente dalla semiosi stessa, che permette alla conoscenza di avanzare. Diversi interpreti (Short 2007; Fabbrichesi 2004; Lorusso 2015, 2022; Boyd e Heney 2017) notano come l'indubitabilità delle *credenze originarie* abbia un carattere puramente pratico e non ontologico-epistemologico: ovvero, il *senso comune* è tale solo perché è usato come base interpretativa indubitabile e non criticata, ma può divenire a sua volta oggetto di inferenza ed essere sottoposto a falsificazione, modificandosi anche nel tempo (sebbene con variazioni minime, cfr. Short 2007, 335-336). Il *senso comune* è dunque fondamentale per salvare la triadicità e inferenzialità di ogni ragionamento, assicurandolo però ad alcuni *interpretanti* che fungono da ancora stabili per altri percorsi interpretativi della conoscenza. Si tratta semplicemente di una serie di credenze che non vengono dimostrate e traggono il loro carattere di verità da una dimensione pratica di utilizzo. Ogni interpretazione necessita infatti di punti che fungano da *starting* e *stopping point* ideali (CP 6.58), dal carattere pratico e pragmatico, che permettano alla semiosi di procedere e che possono a loro volta essere falsificati e variare nel tempo.

In questa statica dinamicità del *senso comune* è possibile tracciare un primo collegamento con la nozione di *abito* in Peirce. La nozione di *abito* in Peirce, definito come «la tenden-

za a comportarsi in modo simile in circostanze simili nel futuro» (CP 5.487), è strettamente legato a ogni tipo di percorso inferenziale e all'acquisizione di una credenza. Per Peirce, una credenza è acquisita quando si trasforma in un abito, infatti, una forma di azione è il risultato finale di un lavoro logico. Si tratta del così detto *interpretante logico-finale* (CP 5.464-494), ovvero di una azione alla quale corrisponde il significato di un dato oggetto:

L'intera funzione del pensiero è produrre abiti d'azione e che ogni cosa sia connessa al pensiero ma irrilevante per tale funzione è un'aggiunta, non una parte di esso. [...] Per sviluppare il significato di qualsiasi cosa, dobbiamo semplicemente determinare quali abiti produce, perché ciò che una cosa significa è semplicemente l'abito che comporta. (CP 5.400)

L'interpretante logico-finale costituisce una forma sia di limitazione della semiosi potenzialmente infinita, sia di stabilizzazione, permettendo al pensiero di non ricominciare da capo ogni volta. L'abito per Peirce è quindi allo stesso tempo la fase di arresto e la base di partenza di ogni tentativo di semiosi (Fabbrichesi 1993; Paolucci 2010, 2021b). Per Peirce, allora, il *common sense* e l'*abito* condividono il carattere di *ground* per le successive inferenze, la capacità di essere modificati nel tempo, e di essere sostanzialmente delle dimensioni pratiche e non discorsive. Si potrebbe allora dire che il *common sense* altro non è che un insieme di abiti particolarmente cristallizzati, i quali sono ormai patrimonio condiviso, sfondo non questionato delle interpretazioni collettive oltre il quale non ha senso andare (Lorusso 2022).

Proviamo ora a confrontare la nozione peirciana di *senso comune* con la definizione che dà Stanghellini di *sensus communis*:

Il *sensus communis* non è solo una serie di fatti conoscibili alla portata di ognuno, è una serie di procedure interpretative o "elenco di pratiche" condiviso in maniera tacita e implicita da tutti quelli che appartengono allo stesso contesto culturale. [...] Il *sensus communis* stesso protegge e previene l'accesso a questo abisso del dubbio. Le procedure interpretative che stabiliscono il *sensus communis* rendono possibile l'esperienza

dei diversi fenomeni del mondo come realtà solide il cui significato è dato per scontato. (Stanghellini 2008, 85)

È facile notare come il carattere *condiviso, pratico, tacito, protettivo, solido, e scontato* che Stanghellini attribuisce al *sensu comune* si rintracci anche nel *common sense* di Peirce. L'unica caratteristica che Stanghellini attribuisce al senso comune che non è chiaramente ed esplicitamente presente nell'approccio peirciano è la componente *culturale*. Tuttavia, come ha fatto giustamente notare Lorusso, questa componente sarà resa evidente dagli interpreti successivi di Peirce, e in particolare dalle riprese che Umberto Eco in tutte le sue opere fa della nozione di *sensu comune*. In particolare, ne *I limiti dell'interpretazione* (Eco 1990), la nozione di senso comune viene utilizzata per mostrare come, nonostante si possa decostruire all'infinito un messaggio, c'è sempre un limite di accettabilità da cui partire. Questo limite è per Eco proprio il *sensu comune*, indicato come un accordo sociale sulle interpretazioni precedenti che non viene normalmente messo in discussione. La dimensione del senso comune è una forma di *sapere spontaneo e pratico* che i membri di una comunità devono possedere per essere riconosciuti dalla stessa e in essa muoversi.

Come ogni forma di sapere, il *sensu comune* per Eco non può che essere contenuto nell'Enciclopedia, rappresentandone una porzione altamente strutturata che delimita e controlla i modi in cui essa può essere tagliata senza uscire fuori dalle norme condivise della società (Lorusso 2021). Insomma, per Eco il *sensu comune* è proprio una forma di ritaglio dell'Enciclopedia operato attraverso il consolidamento delle credenze e delle pratiche di una determinata comunità in un determinato assetto culturale. Questo fa sì che il *sensu comune*, esattamente come in Peirce, funga da meccanismo di *partenza* della semiosi (perché fatto di pratiche non questionate e condivise), e anche di *arrivo* delle credenze: quando una interpretazione è raggiunta, dimostrata e stabilizzata può entrare a far parte del *sensu comune* di una comunità. Ma per Eco il senso comune ha anche una funzione ulteriore, legata proprio alla sua dimensione socioculturale: esso assume un carattere *normativo* (Lo-

russo 2022). È grazie al senso comune che possiamo riconoscere se una traduzione è buona (Eco 2003); è grazie al senso comune che possiamo dire se una interpretazione è aberrante (Eco 1992); il *sensu comune* diviene un principio di regolazione, un recinto in cui le interpretazioni si possono muovere e un parametro per il giudizio di tali interpretazioni.

Il senso comune è un *guardrail* (per contenere le derive interpretative), un *parametro* (di adeguatezza agli altri membri del consorzio sociale) e un *punto di partenza* (rispetto a uno sfondo che è sempre già pieno di significato, già denso di discorsi, e mai vuoto e aperto all'originale): l'utilità del senso comune... Una dimensione in cui l'azione individuale è sempre un risultato sociale e un gesto pubblico. (Lorusso 2022, 43)

Il senso comune per Eco è quindi un requisito fondamentale di cui tenere conto per ogni *interpretazione* che si voglia efficace. Il suo carattere normativo salva dalle possibilità di venire inghiottiti dai percorsi enciclopedici senza possibilità di ritorno all'azione.

È nostro parere che la nozione echiana di *sensu comune* abbia molto da offrire alla teoria di Stanghellini, proprio perché aggiunge un tassello per spiegare cosa succede esattamente nel caso della schizofrenia, tassello che consiste nella messa in luce della relazione che c'è tra senso comune ed Enciclopedia. Infatti, se possiamo leggere la teoria di Stanghellini in ottica peirciana, dal momento che il concetto di abito e di *sensus communis* utilizzati dallo psichiatra sono molto simili a quelli della semiótica (Fabbrichesi 2004; Lorusso 2015), e se il *common sense* è una serie strutturata di interpretanti che delimita alcuni percorsi enciclopedici favorendone degli altri, allora la *crisi del sensu comune* si manifesterà anche come la perdita di una dimensione enciclopedica che funge da punto d'inizio, da parametro d'adeguatezza e delimitazione della semiosi.

Tutto ciò implica un dettaglio fondamentale: perdendo il senso comune, lo schizofrenico non perde la capacità di muoversi nell'Enciclopedia, ma perde un principio che regola il movimento negli spazi enciclopedici, un principio di *struttu-*

razione fondamentale dello spazio enciclopedico che *normativizza* le possibilità di *produzione segnica*. Se quello che accade nella schizofrenia è esattamente la messa in *dubbio* del senso comune, allora il risultato sarà uno smarrimento continuo nella semiosi e un continuo ridiscutere le basi certe e indubitabili di ogni conoscenza.

5.3.3. *Abiti e buon senso*

Abbiamo già notato come la separazione tra *koinè aisthesis* e il *sensus communis* rischi di portare con sé un dualismo tra dimensione socioculturale e dimensione *embodied* dell'inter-soggettività. Dobbiamo perciò chiederci esattamente in che modo si perda il *senso comune* e come questa perdita passi dalla sottrazione della dimensione intersoggettiva *embodied*. La soluzione proposta da Stanghellini è ricercata nel concetto di *abito*. Per spiegare questo concetto, lo psicopatologo usa la nozione di *habitus*, o *hexis*, di Bourdieu (1980) e ci dice che in realtà la dimensione del *sensus communis* non è solo la sfera interpretativa socioculturale fatta di una dimensione proposizionale, ma è una dimensione che si manifesta anche e soprattutto in un *know-how* di regole incarnate. Il *sensus communis* è cioè incorporato attraverso degli *abiti*, delle forme pratiche di azione che trasformano nel tempo la dimensione culturale in una dimensione *embodied*, in uno *schema incarnato* di azione e di percezione dell'ordine delle pratiche quotidiane di un mondo sociale (Stanghellini 2008, 113). Quindi, tanto la *koinè aisthesis* quanto il *sensus communis* sono coinvolti nella perdita della dimensione *embodied*.

È un vero peccato che Stanghellini non prenda in considerazione la teoria semiotica, perché avrebbe trovato un punto di riferimento ideale per tenere insieme la nozione di *sensus communis*, che l'autore recupera principalmente dalla tradizione ermeneutica e da Wittgenstein, e la nozione di *habitus*, che recupera dalla sociologia di Bourdieu. È proprio Peirce il primo a mettere in comune queste due dimensioni, considerandole come gli ele-

menti di uno stesso processo. Per Peirce, infatti, se da una parte, come abbiamo visto, gli *abiti* costituiscono il *common sense* e possono modificarlo lentamente stabilizzandosi, dall'altra sono anche il tramite per cui il *common sense* può agire come base interpretativa delle singole interpretazioni individuali. Il *common sense* non è una dimensione naturale già data da cui partiamo, ma una caratteristica acquisita, a cui in qualche modo il soggetto ha accesso sulla base di abiti sviluppati all'interno del suo dominio sociale: per Peirce essa entra in noi *habitualmente* (CP 8.18).

Quindi, l'abito in Peirce può essere letto come una forma di *naturalizzazione del culturale*, come una forma di costruzione dell'istinto interpretativo. La semiosi individuale si aggancia sempre alla semiosi già data: essa parte dal repertorio di abiti stabilizzato nel tempo in una comunità, e ad esso si adatta fin quando tale repertorio non diventa lo sfondo condiviso di interpretanti fondamentali da cui far dipartire nuovi percorsi inferenziali. In questo senso, l'abito si avvicina moltissimo alla nozione di *habitus* di Bourdieu (Lorusso 2015) usata da Stanghellini. L'*habit* peirciano può fungere quindi da elemento di sfondo che media tra le conoscenze pregresse e condivise della comunità (composte anche dal *common sense*), e la semiosi operata dall'individuo che si concatena con i repertori enciclopedici del già detto.

Ma una volta incorporato, che forma assume il *common sense*? Se il *common sense* si mantiene principalmente su un piano virtuale di regole e pratiche socialmente e culturalmente condivise dai membri di una comunità, come chiamiamo l'introduzione e la pratica individuale del *common sense*, la sua dimensione *messa in atto* attraverso delle pratiche di enunciazione? Quale è il corrispettivo individuale del senso comune?

Anche in questo caso, Eco ci viene in aiuto: nell'opera di Eco, spesso, la dicitura senso comune è sostituita da quella di *buon senso*; tuttavia, come ci viene mostrato da Lorusso (2021; 2022), è possibile separare queste due nozioni. Laddove la prima indica uno strumento teorico della semiotica della cultura per leggere l'organizzazione dell'enciclopedia, la seconda invece deve essere vista come una caratteristica operativa

dell'individuo: il *buon senso* altro non è che l'esercizio del *senso comune* nelle modalità di vita e ragionamento, che permetterebbe di «avoid getting lost in abstraction of logic or theory, and not contradicting the plane of experience» (Lorusso 2021, 29). Per Eco, questo esercizio di ragionevolezza è alla base di ogni tentativo di comprensione e serve per spiegare perché ci sono interpretazioni preferibili ad altre. Il buon senso è allora una capacità di minimizzare le possibilità semiotiche sulla base di conoscenze precedenti implicite: esso indica una capacità di esercitare sobrietà mentale, ragionevolezza, astuzia e un senso pratico che sono garantiti a monte dall'insieme di credenze e procedure atte a conferire senso al mondo.

Ora, tutte queste caratteristiche che Eco individua con il buon senso sono rilevate come fondamentali negli studi sulla schizofrenia: Stanghellini (2008, 109) parla di una perdita della saggezza e dell'equilibrio, del giusto mezzo, che indica con il termine greco *sophrosyne*, mentre Pennisi (2001, 409) parla di una perdita della *metis*, parola greca che indica una capacità di calcolo, "l'accorta prudenza", "la stima a occhio"¹², la capacità di adattarsi a condizioni mutevoli. La *sophrosyne* e la *metis* non fanno altro che sottolineare diversi aspetti del *buon senso*, quella forma non riflessiva di abito che si esprime attraverso un *saper fare*, grazie al quale è possibile armonizzare e organizzare delle forme di sapere condiviso, di accedere alle porzioni organizzate di enciclopedia e di muoversi in esse in maniera inconsapevole ma esperta.

La separazione dal *senso comune* passa allora da una progressiva perdita del *buon senso*, causata da un distanziamento affettivo-emotivo e *intercorporeo* dagli altri membri della comunità. L'*attunement* con l'altro è cioè anche sempre un *attunement* con l'altro nell'Enciclopedia normata e condivisa che costituisce il *senso comune*. Perdere il senso comune significa perdere un processo fondamentale che regola le modalità dia-

¹² Che la *metis* sia l'ingrediente fondamentale del buon senso ce lo dice anche Deleuze, valorizzandone l'aspetto della stima ad occhio: «il buon senso è agricolo [...] inseparabile dalla installazione dei recinti» (Deleuze 1969, 73).

lettiche attraverso cui accediamo ai repertori condivisi di sapere; significa perdere la bussola nei viaggi tra piani enciclopedici (Paolucci 2010), è sprofondare nel buio dei percorsi narrativi (Eco 1994) senza una mappa che indichi il sentiero.

5.3.4 Schizofasia e teoria dell'enunciazione

La perdita del *senso comune* può essere quindi connessa allo smarrimento dello schizofrenico nell'enciclopedia. L'*ipertolleranza della complessità semantica*, come la chiama Stanghellini, non è certo una scelta o una capacità, ma è un modo attraverso cui lo schizofrenico accede alla dimensione dei rimandi enciclopedici.

Abbiamo visto infatti come il senso comune è sia l'insieme dei rimandi già costruiti e automaticamente assunti come fondamento discorsivo, sia la dimensione che costituisce l'orizzonte di interpretabilità dei significati e dei loro usi proprio perché ne fissa dei limiti, ne organizza delle forme, ne magnifica o ne narcotizza dei tratti (Eco 1975) attraverso la dimensione del *già-detto* (Paolucci 2010). Una perdita del *senso comune* risulterà allora un'incapacità di ritagliare piani strutturati in condivisione con gli altri e di costituire opposizioni differenziali stabili tra sememi, perché esse sono continuamente insidiate dall'infinità delle opposizioni che circolano nell'enciclopedia. La dimensione che viene colpita nel linguaggio schizofrenico e che si sgretola nella schizofasia è allora esattamente la dimensione intersoggettiva della lingua.

Recentemente Paolucci (2020) ha sottolineato come ogni forma di produzione segnica, ogni forma di enunciazione, necessiti di questa dimensione intersoggettiva e comunitaria a cui la voce del singolo individuo si concatena. Ogni enunciazione è un atto di mediazione tra *istanze eterogenee e impersonali* che costituiscono i diversi piani di stabilizzazioni dell'enciclopedia. Queste grandezze impersonali sono rappresentate dalle categorie hjelmsleviane di schemi, norme e usi:

Gli *schemi* sono delle grandezze astratte dell'enciclopedia, rappresentate da topologie differenziali, pure condizioni di messa in forma del senso, cioè categorie, schemi narrativi, relazioni e valori semantici, che costituiscono la possibilità di un enunciato di significare.

Le *norme* e gli *usi* hanno invece a che fare con la dimensione intersoggettiva del linguaggio, e sono delle istanze che “potano” le infinite possibilità offerte dagli schemi: sono delle forme di regolarità interpretative codificate grazie ad apprezzamenti collettivi e hanno un carattere prescrittivo, presiedono cioè all'interno di un determinato dominio enciclopedico alla validità e correttezza di un tipo di percorso abduttivo. Essi hanno a che fare con la dimensione degli abiti e sono gli enunciati già enunciati che circolano in un determinato dominio socioculturale.

L'intersoggettività della lingua è garantita proprio dalle dimensioni delle norme e degli usi, in cui un soggetto condivide e muove la propria enunciazione a partire da quella degli altri. Norme e usi sono le condizioni di possibilità per un'enunciazione il cui senso è condivisibile e costituiscono una condizione di manifestazione del repertorio enciclopedico, definita *prassi enunciativa* (Greimas e Fontanille 1991; Bertrand 2000; Lorusso 2020). Il *senso comune*, con il suo carattere *abituale* e *normativo*, deve essere inteso come una dimensione fondamentale e nucleare di questa prassi (Lorusso 2020; 2022), perché è costituito da norme e usi fortemente cristallizzati e socializzati.

Nella schizofrenia, la trasformazione che ogni enunciazione mette in atto tra la dimensione virtuale del linguaggio e la sua realizzazione in enunciato perde quelle istanze enunciative intersoggettive che pulsano in ogni enunciazione e la cui presenza e permanenza sono garantite dalla condivisibilità sociale. La schizofrenia, attraverso la sospensione del contatto vitale col mondo, della capacità di entrare in risonanza con gli altri, di creare mondi possibili condivisi, genera un rifiuto delle modalità di organizzare il mondo normalmente codificate¹³ e lascia

¹³ È d'altronde quello che affermano Froese e Krueger (2020) quando parlano di una perdita dello schizofrenico nella mente sociale estesa. Per i due autori la crisi della

l'individuo solo di fronte agli schemi enciclopedici, che determinano la potenziale illimitatezza di ogni sistema semiotico. Da ciò deriva: 1) uno scetticismo generale sull'accoppiamento oggetto-significato; 2) il tentativo di indagare ed espandere l'orizzonte dei significati; 3) l'esperata riflessione sul significato di oggetti e parole, che si manifesta nell'indagine e nella ricerca di tutte le connessioni semantiche (Stanghellini 2008, 126).

L'attenuarsi della dimensione intersoggettiva, allora, non permette un ritaglio contestuale del discorso: lo schizofrenico non riesce a ritagliare piani e a costruire una *attunement* semiotico con gli altri. Da qui la continua teorizzazione sugli schemi chiave delle relazioni, che deve essere ricostruita per inferenze basandosi su regole, come il già citato paziente Binswanger (1956, 57) che alla figlia malata di cancro regala a Natale una bara in legno sulla base della regola per cui si dovrebbero regalare cose utili. Allo stesso tempo, questo allentamento progressivo dai vincoli delle porzioni enciclopediche regolate (*spazio striato dell'enciclopedia*) conduce verso le infinite possibilità associative offerte dall'enciclopedia che viene continuamente riesplorata riconfigurata (*spazio liscio dell'enciclopeida*).

La capacità di lisciare e striare lo spazio enciclopedico fa sì che lo schizofrenico risulti creativo e che spesso si avvicini al linguaggio poetico, proprio perché esplora le possibili connessioni enciclopediche senza le norme che lo regolano. Anche Piro, con la *dissociazione semantica* (e.g. l'allentamento dei normali nessi che collegano il segno linguistico alla normale infrastruttura semantica del linguaggio), arriva a individuare come creativo il linguaggio schizofrenico: «Il liberarsi da una trama di referenze obbligate apre la via a un'espressività che non si incanala più in binari convenzionali, inaccettabili ormai per il soggetto, ma s'espande liberamente in forme e modi simbolici personali ed originali» (Piro 1992, 50). Tuttavia, questa creatività non è una scelta, perché non si separa volontariamente da uno sfondo abituale di banalità che costituisce la maggior

corporeità genera infatti una frattura nel mondo sociale, che si esprime con una *dissociazione* affettiva e una mancanza di regolazione condivisa e congiunta dei fenomeni mentali.

parte dei nostri scambi linguistici (Bartezzaghi 2019) e perché è fondamentalmente senza obiettivo, talmente libera da essere smisurata e quindi spesso incomprensibile.

Non è allora un caso che Sass, quando analizza le modalità di categorizzazione semantica degli schizofrenici, li paragona alle modalità di ordinamento degli animali dell'enciclopedia cinese del racconto borgesiano *l'idioma analitico di John Wilkins*, brano carissimo a Eco:

codeste ambiguità, ridondanze e deficienze ricordano quelle che il dottor Franz Kuhn attribuisce a un'enciclopedia cinese che s'intitola *Emporio celeste di conoscenze benevoli*. Nelle sue remote pagine è scritto che gli animali si dividono in (a) appartenenti all'Imperatore, (b) imbalsamati, (c) ammaestrati, (d) lattonzoli, (e) sirene, (f) favolosi, (g) cani randagi, (h) inclusi in questa classificazione, (i) che s'agitano come pazzi, (j) innumerevoli, (k) disegnati con un pennello finissimo di pelo di cammello, (l) eccetera, (m) che hanno rotto il vaso, (n) che da lontano sembrano mosche. (Borges 1952, 1004)

Prendiamo in esame, per esempio, un giovane schizofrenico al quale io somministrerai un test di classificazione degli oggetti – un test diagnostico che chiede al paziente di selezionare oggetti da un insieme che include una sigaretta, un turacciolo, il tappo di un lavello, un'unghia, un paio di pinze, un lucchetto, un giravite, pezzi di carta colorata, e molti altri – e di spiegare poi cosa hanno in comune. Anziché scegliere dei gruppi di oggetti che condividono qualche caratteristica abbastanza ovvia e di solito rilevata – per esempio utensili, oppure oggetti rossi o di carta (le risposte normali) –, egli selezionava il tappo del lavello, il lucchetto, e un cerchio di carta rossa, spiegando che erano molto simili perché tutti e tre “bloccavano flussi e processi” (il cerchio rosso spiegava potrebbe rappresentare un semaforo rosso che arresta il flusso del traffico). (Sass 1992, 184)

È straordinaria l'assoluta non-convenzionalità dell'ordinamento schizofrenico che ricorda da vicino quello dell'enciclopedia di Borges. Lo schizofrenico tende a ordinare il mondo secondo categorie completamente idiosincratice e poco fun-

zionali ma ugualmente valide, perché permesse dalla dimensione degli *schemi enciclopedici* attraverso lisciature di spazi striati. È chiaro qui l'abbandono della dimensione dell'uso, degli abiti interpretativi: l'operazione di classificazione è legittima ma completamente fuori da una prospettiva condivisa e sociale, essa manca di *metis* capacità fondamentale per l'atto di enunciazione (Paolucci 2020).

Pennisi (2001) parla di una mancanza di *finis terrae*, che porta lo schizofrenico ad analizzare di una situazione tutte le implicazioni possibili, anche quelle completamente imprevedibili. I pazienti si trovano spesso di fronte a porzioni di enciclopedia troppo vaste per essere gestite: si pensi ad esempio a un paziente di cui parla Sass che, posto di fronte a delle carte da gioco con la richiesta di organizzarle secondo una storia coerente, risponde di non saperlo fare perché tutte le combinazioni di immagini possibili hanno per lui lo stesso senso (Sass 1992, 185). I percorsi enciclopedici, manifestandosi di fronte allo sguardo schizofrenico senza il filtro della *prassi enunciativa e del senso comune*, perdono di valore e vengono invece osservati nella loro *rizomaticità*, nel loro essere connessi a infiniti piani. Le *norme* e gli *usi* che normalmente potano l'enciclopedia in maniera immediata sono ora parte del *paesaggio molecolare* (Eco 1975) che lo schizofrenico si trova a osservare.

Resta da notare che, per la maggior parte delle volte, questa separazione dal senso comune non è così netta e non è necessario immaginare uno stacco tra dimensione normativa e degli usi e l'enunciazione schizofrenica, quanto piuttosto un progressivo allontanamento¹⁴: ecco allora che in questo quadro il deragliamento e la tangenzialità vanno intesi come un allontanamento dagli usi abituali del linguaggio, mentre la dimensione delle norme è solo parzialmente intaccata; l'insa-

¹⁴ Tale allontanamento dalla dimensione intersoggettiva del linguaggio non può essere uguale per tutti i pazienti ma dipende da molte variabili, come ad esempio l'isolamento o le pratiche di cura, oltre che dalle fasi acute o croniche del disturbo; tuttavia difficilmente è totale, questo perché la schizofrenia è un disturbo che insorge solo in età riproduttiva, quando l'individuo ha già pienamente preso posto all'interno di una comunità culturale e già padroneggia un linguaggio che è stato incorporato.

lata di parole è il segno di una disgregazione più forte della normatività del linguaggio, che invece viene completamente distrutta nei casi di glossolalia, in cui lo schizofrenico utilizza la dimensione potenziale e schematica dell'enciclopedia in maniera completamente idiosincratica.

Proprio per questa ragione, il paziente deve rispondere all'indeterminatezza semantica in qualche modo, cercando di *ipercodificare* quanto più possibile porzioni enciclopediche in cui muoversi liberamente e sentirsi a casa, deve cioè fondare nuove norme e nuovi usi per quanto idiosincratici. Molte volte i deliri sono uno dei risultati di queste scelte, ma anche le *stereotipie*, i *neologismi* e i *paralogismi* e le invenzioni di codice sono il risultato della potatura idiosincratica dell'enciclopedia che permette di fondare una base e quindi stabilizzare di un *senso che non è più comune ma soltanto proprio*.

5.3.5. Conclusione: schizofasia e smarrimenti enciclopedici

A volte capita che persino l'enunciazione idiosincratica diventi impossibile perché essa porta con sé troppo non-detto enciclopedico: lo schizofrenico non può rinunciare allo scarto che ogni enunciazione porta con sé, alla pertinentizzazione di un piano enciclopedico che ne lasci fuori un altro, a una realizzazione di virtualità enciclopediche che ne potenzializza altre (Fontanille 1998; Paolucci 2020).

Ecco allora tornare le parole dei pazienti che descrivono lo stupore di fronte al sistema enciclopedico:

Sento che ragiono bene, ma nell'assoluto, perché ho perduto il contatto con la vita (Minkowski 1927, 76)

Quando si esprime un pensiero, si vede sempre il pensiero contrario. Questo si intensifica diventa così rapido che davvero non si sa quale fossi il primo. (Bleuler 1911-50, 68)

Ogni volta che scrivo qualcosa non posso fare a meno di pensare a cosa non sto scrivendo [...] questo mi fa sentire come se vivessi in una sorta di infinito ologramma. (Sass 1992, 208)

C'è la quarta dimensione c'è naturalmente un numero infinito di funzioni e così tante visioni e poi così tante dimensioni. Questo penso. Non posso farci nulla. Mi sono dovuto occupare di troppi scaglioni di realtà - c'erano così tante insinuazioni da spiegare. (Sass 1992, 457)

I percorsi enciclopedici, manifestandosi di fronte allo sguardo schizofrenico senza il filtro della *prassi enunciativa*, perdono di valore e vengono invece osservati nella loro *rizomaticità*, nel loro essere connessi a infiniti piani. Le *norme e gli usi* che normalmente potano l'enciclopedia in maniera immediata sono ora parte del *paesaggio molecolare* (Eco 1975) che lo schizofrenico si trova a osservare: l'operazione di potatura del soggetto solo di fronte all'enciclopedia diventa impossibile, non si può striare un piano se si vede quanto non-detto la striatura porta con sé. Il buon senso perso nella schizofrenia è esattamente questo senso del limite, questa consapevolezza dell'esclusione e questa abilità di potatura che permette di muoversi su diversi piani enciclopedici all'interno di una comunità secondo regole tacite condivise che costituiscono il *senso comune*. Quelle regole, che secondo Peirce e Eco, fungono da punti di appoggio per poter produrre nuove enunciazioni con carattere di verità, *striature* del rizoma enciclopedico che possiamo dare per assodate e usare come base di partenza procedurale.

A causa di un *attunement intersoggettivo* impossibile, dunque, l'enunciazione schizofrenica si distacca lentamente dalle forme convenzionali della lingua, si separa da una prassi enunciativa che delimita i territori del senso comune, *perde di riferimento in un tutto non contraddittorio* (Callieri 1982): senza il buon senso, che è sia senso del limite sia abilità di potatura delle significazioni possibili, e senza il senso comune che permette una salda base di partenza, lo schizofrenico si perde perché si muove in un mare «spazio liscio per eccellenza» (Deleuze e Guattari 1980, 700), non gli è possibile tracciare una rotta e

naviga a vista. «Mi sento un antroponauta alla deriva» confessa un paziente di Stanghellini (2008), forse raccontando di come l'esperienza schizofrenica lo faccia sentire solo di fronte agli infiniti piani enciclopedici e di come nei suoi atti d'enunciazione non pulsasse la comunità. Ne traiamo una lezione tutti: soli, siamo destinati a perderci.

Capitolo 6

La fatica di chiamarsi io: teoria dell'enunciazione e smarrimento del soggetto linguistico

Come abbiamo visto, la schizofrenia colpisce esattamente il fulcro che normalmente tiene insieme tre dimensioni: soggettività, intersoggettività e linguaggio. Ci rimane però da affrontare un ultimo problema relativo alla possibilità che proprio il linguaggio, spesso disorganizzato, possa configurarsi come una dimensione di accesso all'universo di senso schizofrenico. Persi nell'enciclopedia, i pazienti striano i piani idiosincronicamente, questo lo abbiamo mostrato. Si tratterà ora di capire in che modo l'enciclopedia e la sua struttura possano costituire uno strumento valido per indagare non solo le enunciazioni linguistiche, ma anche le modalità attraverso cui tali enunciazioni rechino impronta delle architetture di senso che organizzano le esperienze dei soggetti schizofrenici. Come il linguaggio riesce a dirci qualcosa sulle modalità attraverso cui il senso si disfa e si ricompone a un livello cenestesico, esperienziale e intercorporeo? Come il linguaggio può dirci qualcosa sulla dimensione allucinatoria e delirante? Se il linguaggio costituisce il primo guado di accesso all'universo schizofrenico, abbiamo già mostrato quanto impervio possa essere il suo attraversamento. Dovremmo ora chiederci in che modo riuscirà a condurci sull'altra sponda.

6.1. L'importanza del pronome personale per l'indagine sulla schizofrenia nell'approccio fenomenologico e cognitivo

L'idea che il linguaggio schizofrenico possa fungere da ponte verso l'esperienza e la psiche schizofrenica è stata avanzata in

diversi modi sia dalle teorie psicoanalitiche (Arieti 1976) sia da quelle fenomenologiche classiche (Minkowski 1927). In particolare, le seconde rintracciavano nel linguaggio una manifestazione effettiva del dolore e del vissuto della persona, una dimensione da indagare scavando oltre l'apparente incomprendibilità del disturbo per potersi immedesimare nell'esperienza dell'individuo che soffre. Il linguaggio schizofrenico per la fenomenologia clinica è un linguaggio che parla della malattia vissuta, e se è strano è perché riflette una esperienza strana. Attraverso il linguaggio è possibile accedere al nucleo centrale dell'esistenza schizofrenica che consiste nella perdita del contatto con il reale (Minkowski 1948; Binswanger 1956, 184; Cargnello 2010, 83; Basaglia 2017, 51). Jaspers, ad esempio, identificava direttamente nell'*abnormità* della significazione schizofrenica la sua struttura esperienziale sottostante: «l'abnorme può essere espresso con un normale apparato del linguaggio» (Jaspers 1913-46, 205). Il linguaggio condivide ed esprime, quindi, la condizione esperienziale del soggetto e ci permette l'accesso a un mondo idiosincratico dove il senso è sospeso.

Anche Minkowski, pur provenendo da una formazione diversa, esprime considerazioni simili: il linguaggio schizofrenico non è di per sé costitutivo della malattia, ma è il segno di una perdita dell'orizzonte del reale: «il linguaggio si presenta come un sistema di riferimenti chiamato a rivelarci l'essenziale sulla struttura della vita in generale e di quella dell'essere umano in particolare. In questo modo si sviluppa l'idea di una sorta di *semantica esistenziale*» (Minkowski 1927, 183). Il linguaggio è il tramite attraverso cui il significato esistenziale degli individui si esprime. Il rapporto tra linguaggio e vissuto è dunque quanto mai forte già in Minkowski, ed è questo legame che permette al terapeuta la comprensione della patologia e del suo nucleo:

Seduto di fronte al mio malato, ad un dato momento, talora a proposito di un'unica frase, a un tratto, senza che io sappia troppo il perché, ho l'intuizione di aver colto sul vivo l'insieme, di trovarmi di fronte al disturbo generatore che, a mo' di pietra angolare, regge tutti gli altri, come si manifestano in superficie, suscettibili di venir descritti. (Minkowski 1966, 357)

Il linguaggio schizofrenico ha dunque per la psichiatria fenomenologica classica questo potere rivelatore sull'esperienza come se fosse in grado di restituirla in scala uno a uno e non fosse esso stesso influenzato dalle modalità attraverso cui il disturbo si costruisce. In particolare, la trasparenza massima tra manifestazione linguistica ed esperienza schizofrenica si otterrebbe nel caso particolare del mancato uso della prima persona singolare:

i termini "io, me" sono meno usati del solito e vengono sostituiti con "la mia persona, la mia personalità, si". Il soggetto parla di sé come di un individuo estraneo che egli starebbe osservando. (Minkowski 1927, 78)

La sostituzione del pronome personale con il nome proprio all'interno del dominio linguistico riprodurrebbe dunque il rapporto che il soggetto ha con sé stesso a un livello esperienziale (in prima persona). A partire da questo rispecchiamento dell'esperienza nel linguaggio è allora possibile leggere il mancato uso del pronome personale o come il segno di una scissione interna alla soggettività minimale e corporea (Minkowski 1927), o come il segno di uno sdoppiamento in un falso sé che ha la funzione di proteggere un soggetto ritirato all'interno delle proprie funzioni psichiche (Laing 1960).

Il rapporto linguistico tra io parlante e sé linguistico riflette dunque il nucleo generatore del disturbo e lo mette in scena all'interno di un ambiente linguistico perfettamente condiviso e trasparente.

Diviene allora interessante notare come lo stesso fenomeno linguistico sia invece valorizzato in modo completamente opposto all'interno delle scienze cognitive contemporanee. Queste ultime, lo abbiamo visto, inquadrano la schizofrenia come un disturbo relativo al rapporto riflessivo del soggetto con sé stesso (meta-rappresentazione), cioè alla capacità di pensarsi in terza persona (Frith 1992; 2004). In questi approcci la meta-rappresentazione (cioè la capacità di guardare ai propri stati rappresentazionali) è relativa al monitoraggio cognitivo e consiste nella capacità di rappresentare un contenuto presente a un livello cognitivo

inferiore attraverso una proposizione del tipo “Io penso che X”. Ad esempio, se nella percezione si ha una rappresentazione di un oggetto X, la meta-rappresentazione consiste nella capacità di rappresentare il fatto che si sta percependo X attraverso una proposizione del tipo “Io penso di vedere X”. La schizofrenia sarebbe quindi un disturbo connesso all’incapacità di utilizzare in una maniera corretta proprio la funzione cognitiva espressa dalla proposizione «io penso che x», da cui deriverebbero a cascata i problemi intersoggettivi e soggettivi e in seguito quelli linguistici. Per questa ragione, gli studi sul linguaggio schizofrenico che si poggiano sulla teoria di Frith puntano a rintracciare, attraverso l’analisi dell’uso dei deittici di persona (io, tu, egli, si) nel parlato schizofasico, lo schema di quelle variazioni che avvengono nel sistema cognitivo del parlante (Van Shuppen *et al.* 2019).

Si noti come in entrambe le teorie qui prese in considerazione, quella fenomenologica e quella meta-rappresentazionale, il disturbo schizofrenico è inquadrato come un problema del soggetto di fronte a sé stesso, della sua capacità di aderire esperienzialmente (prima persona) o cognitivamente (terza persona) ai propri vissuti. Eppure, in questi approcci il ruolo giocato dal linguaggio è molto sottovalutato e assunto come ap problematico: in un caso il linguaggio riflette semplicemente una disposizione psichica ed esperienziale, nell’altro esibisce il deficit di una funzione psichica, mantenendo sostanzialmente una funzione strumentale.

Ci pare, a questo punto, problematico il fatto che questi approcci accettino la connessione tra una dimensione linguistica pubblica e comunitaria e un’esperienza o una funzione cognitiva interna senza una opportuna problematizzazione. Come fa il linguaggio a essere direttamente espressione di questi stati interiori o esperienze vissute? Come può recarne direttamente l’impronta?

Non si tratta solo di un problema relativo alla schizofrenia, ma di una necessità epistemologica generale che richiede un inquadramento dei rapporti tra soggettività, linguaggio e mondo che questi approcci, consapevolmente o meno, sposano. D’altra parte, la mancanza di riflessione teorica sul ruolo attivo del

linguaggio è comprensibile se si considerano i periodi storici, le aree di interesse e la koinè all’interno del quale si muovevano tanto gli psichiatri fenomenologici come Minkowski, quanto i neuropsichiatri cognitivi come Frith.

È necessario però notare come, quando una riflessione linguistica su questi approcci è stata formulata, essa ha tentato di giustificare le riflessioni sviluppate tanto in uno quanto nell’altro ambito facendo riferimento a una teoria molto nota in filosofia del linguaggio che permette di ordinare i rapporti tra linguaggio, soggettività e intersoggettività, in modo tale da difendere l’idea che l’io linguistico rispecchi e parli direttamente dei disturbi della soggettività e dell’intersoggettività.

6.2 *L’eredità di Benveniste: io-linguistico e schizofrenia*

La linguistica, la filosofia del linguaggio e le scienze cognitive del linguaggio hanno avuto sin dai loro inizi l’annoso problema di descrivere e spiegare come dalla dimensione strutturale e sistemica dei linguaggi sia possibile ricavare un discorso situato in un certo spazio, in un certo tempo, in un certo luogo, capace di fare qualcosa all’interno di una comunità di parlanti. Allo stesso tempo, ci si è chiesti come tale discorso possa ancorarsi alla situazione in cui è espresso e recarne l’impronta.

Tra le varie soluzioni proposte, una teoria ha riscosso un particolare successo e si presenta come più largamente accettata nella maggior parte delle riflessioni sull’argomento è quella del linguista fenomenologo Benveniste (1966). L’idea di Benveniste, ormai entrata nel patrimonio comune di ogni riflessione sul linguaggio, e alla base di numerosissime altre teorie¹⁵, consiste nell’individuare nel linguaggio delle categorie speciali attraverso cui il parlante può appropriarsi della dimensione astratta e virtuale della lingua (sintassi, semantica, morfologia) e attualizzarla in un *discorso* contestualmente orientato. Tali categorie

¹⁵ Per una storia di questa idea e del suo radicamento nella linguistica cfr. De Palo 2016.

sono rappresentate dal sistema dei deittici, cioè quell'insieme di forme linguistiche – avverbi, pronomi, verbi – per interpretare le quali occorre necessariamente fare riferimento ad alcune componenti della situazione in cui sono prodotti. L'importanza del sistema dei deittici è legata al fatto che, facendo riferimento alla situazione comunicativa esterna alla lingua, tale sistema permette un ancoramento tra contesto comunicativo ed esperienziale e sistema astratto della lingua. I deittici fungono sostanzialmente da punti di condensazione e passaggio in cui la lingua può entrare nel mondo facendosi atto di parole, e il mondo può essere organizzato dalla lingua che si fa discorso. Per questa ragione, il sistema dei deittici costituisce quello che è definito l'*apparato formale dell'enunciazione* e si identifica nell'opposizione tra la coppia 'io-tu', il 'qui' e l'ora', definite categorie di persona, e le categorie della 'non-persona', ovvero il 'non-io-tu' (egli), 'non-qui' e 'non-ora'. Insomma, tramite l'apparato formale dell'enunciazione è possibile comprendere ogni discorso come un atto comunicativo tra un 'io' e un 'tu' (categorie della persona) circa un qualcosa d'altro (categoria della non persona) (Manetti 1998). In linguistica e in filosofia del linguaggio, l'idea di Benveniste ha delle conseguenze profonde, giacché il fatto che l'interpretazione dei deittici dipenda da un centro deittico che è di solito il parlante permetterebbe al discorso di dire, tramite il sistema della lingua, qualcosa circa la situazione comunicativa del soggetto dell'atto di enunciazione. Non deve quindi sorprenderci che questa parte della teoria sia stata utilizzata, ad esempio, per cercare di corroborare contemporaneamente sia la teoria di Frith, sia la teoria fenomenologica attraverso degli studi linguistici sui deittici e la loro relazione con il parlante (Van Shuppen 2019 *et al*): il linguaggio, attraverso l'uso dei deittici, esibirebbe la situazione comunicativa del parlante sia a livello di esperienza vissuta, sia a livello della cognizione subpersonale che la produrrebbe.

Prendendo solo questa parte della teoria di Benveniste, tuttavia, questi studi mascherano e snaturano una delle idee centrali del linguista fenomenologo. Per Benveniste infatti, l'apparato formale dell'enunciazione, oltre alla possibilità di

conversione in *parole* della *langue*, fornisce al parlante anche la facoltà di concepirsi come un *io che parla* e che *dice io*, e quindi di riconoscersi come soggetto autocosciente in un ambiente intersoggettivo («Se ci si riflette seriamente, si vedrà che non ci sono altre testimonianze oggettive dell'identità del soggetto fuorché [...] il fatto che è nella situazione di discorso in cui io designa il parlante che quest'ultimo si enuncia come soggetto». Benveniste 1966, 315).

Seguendo Benveniste, è del tutto naturale che le capacità meta-rappresentazionali (legate all'autocoscienza) siano il risultato del sistema dei deittici, fondando l'immagine di una mente intrinsecamente linguistica in cui il pensiero è linguaggio e il linguaggio è pensiero. La funzione «io penso che x», che permette la meta-rappresentazione, è allora necessariamente da intendersi non come una funzione extra-linguistica del pensiero, ma come una capacità *dipendente* dalle funzioni linguistiche.

Va da sé che i problemi fondamentali della schizofrenia individuati dagli approcci neurocognitivi o fenomenologici siano nelle teorie linguistiche della schizofrenia ricondotte immediatamente a disturbi presenti nell'apparato formale dell'enunciazione, che generano prima l'impossibilità di riconoscere un io e un tu in ogni contesto comunicativo e poi l'impossibilità di convertire correttamente la dimensione virtuale della lingua in quella dell'enunciato (Hinzen e Rosselló 2015; Crow 2000). Questo passaggio è chiarissimo nella teoria *semantico-ontologica* del gruppo di Messina, che tra le teorie linguistiche sulla schizofrenia è quella a più forte vocazione filosofica. Pennisi e Perconti, ad esempio, si rendono perfettamente conto di questa mossa e dichiarano apertamente come i disturbi della soggettività, dell'intersoggettività e della relazione tra linguaggio e realtà dipenderebbero da un disturbo a livello dell'apparato formale del linguaggio:

Di fatto che il linguaggio non denomi oggetti universali, ma punti di vista particolari su oggetti contestualizzati durante atti interazionali all'interno di giochi linguistici formulati sullo sfondo ecologico di forme di vita comuni, definisce l'attenzione condivisa come un *frame* pubblico

del tutto umano irriducibile ad altre forme di socialità. Lo scambio dei ruoli in questa particolarissima modalità di condivisione dell'attenzione diventa, con il linguaggio, una forma di incorporazione della soggettività all'interno di un rapporto che cerca pragmaticamente l'oggettività: cioè l'intesa sull'evento o sull'atto. Già Émile Benveniste aveva d'altro canto individuato nel linguaggio una proprietà fondativa dell'io che oltrepassa di molto la funzione comunicativa. Il linguaggio fonderebbe la possibilità stessa della coscienza per alterità e «per contrasto». (Pennisi e Perconti 2006, 209)

L'allontanamento dalla dimensione condivisa del significato dei pazienti è dunque connessa all'incapacità di giocare al gioco linguistico che fonda ogni tentativo di costruire il mondo per alterità e contrasto: l'*io linguistico*. Secondo queste teorie, l'*io linguistico* presiede all'unitarietà del senso dell'esperienza e perderlo significa cadere in una frantumazione dell'esperienza cosciente, perché non si è più in grado di fermare e indirizzare la potenza semantica verso la costituzione di una ontologia locale, mancando quello che è il suo centro formale: la posizione del parlante come *io che si riconosce io* (Lo Piparo 2001). Siccome i pazienti sono incapaci di «giocare il gioco linguistico, non privato, in cui ciascun giocatore è riconosciuto essere un "io"» (Lo Piparo 2001, 345), abbiamo anche la situazione in cui «i malati impiegano sistematicamente la terza persona al posto della prima: dicono "egli" di sé stessi, o usano una circonlocuzione o un pronome dimostrativo pur di evitare l'evocazione dell'"io"» (Pennisi 1998, 37). Ecco allora che, di fatto, le teorie che identificano nella schizofasia un disturbo linguistico si presentano esattamente come il risultato di un problema dell'atto di enunciazione (ovvero l'atto stesso di produrre un enunciato, cfr. Paolucci 2020) e lo schizofrenico è colui che non riesce a concatenare la propria enunciazione linguistica a quella degli altri. In questi approcci, tale mancato concatenamento nella costruzione intersoggettiva dell'esperienza fa sì che il soggetto schizofrenico viva una scissione costitutiva dove l'aridità del mondo si oppone alle infinite possibilità del significato, e dove il linguaggio privato si oppone alla dimensione del *senso comune* (Pennisi 2001).

Prendendo sul serio le riflessioni fenomenologiche sull'uso dei deittici nella schizofrenia, le teorie linguistiche ne capovolgono gli esiti passando attraverso le ipotesi cognitive di Frith: se nella fenomenologia è il disturbo dell'esperienza a provocare uno scorretto uso dei deittici, e se nella teoria di Frith tale disturbo dell'esperienza è in realtà un malfunzionamento del meccanismo cognitivo di metarappresentazione parimenti rintracciabile nell'uso dei deittici, ecco che, in una teoria benvenistiana che pertinentizzi in maniera risoluta il ruolo del linguaggio nel plasmare la nostra capacità di porci a oggetto delle nostre rappresentazioni, è il disturbo dei deittici a provocare tanto il malfunzionamento cognitivo, quanto l'esperienza disgregata.

6.3. *La deissi personale nel parlato schizofasico*

Se la teoria di Benveniste fosse corretta e se l'enunciazione schizofasica fosse davvero dipendente da un disturbo dell'io linguistico, ci ritroveremmo nella situazione in cui la capacità più compromessa nella schizofasia dovrebbe essere esattamente quella relativa all'uso dei deittici di persona. Non a caso, in molti sono partiti proprio da questo dato per poter articolare le loro teorie. Ciononostante, oggi sappiamo bene che l'attestazione di un uso deviato dei deittici è molto controversa e non trova facilmente riscontro empirico. In realtà, già Irigaray (1985) si distacca da questa interpretazione registrando in uno studio che l'uso del pronome personale *io* è presente frequentemente nel discorso schizofrenico, mentre individua una carenza nell'uso del *tu-voi* e del *tu* in presenza del pronome *io*, riconducendo questo dato sempre a un disturbo dell'apparato formale (Irigaray 1985, 212). Studi più recenti, però, sembrano dare il colpo di grazia a qualsiasi tentativo di questo tipo. Studi come quelli di Dovetto (2014) sul Corpus CIPPS (*Corpus Italiano di Parlato Patologico Schizofrenico*, in Dovetto e Gemelli 2012) registrano nei dialoghi quotidiani degli schizofrenici un normale utilizzo dell'*io-tu* e numerose occorrenze del pronome

me *io* in funzione autoreferenziale, che appare con la stessa frequenza dei riferimenti a sé in terza persona con nome proprio.

Es. F126: io sono adesso quello che ti parlo [B01, c.vo FMD] (Dovetto 2014, 119)

F4: io spero [03] F62: mi sento un ... [01] F589: io sento [01] F278: io vorrei [01] (Dovetto 2014, 121)

Dagli esempi riportati dalla studiosa è facile evincere che l'*io* sia utilizzato prevalentemente in funzione soggettiva riflessiva, cioè per indicare l'esperienza del parlante che pensa a sé stesso come un '*io*' che parla. Similmente, gli studi di McCabe (2004) mostrano come i pazienti siano in grado di utilizzare i pronomi '*io*' e '*tu*' con una funzione mentalistica rispettando un contesto pragmatico, mostrando nei fatti una capacità meta-rappresentazionale perfettamente funzionante.

Ora, i dati provenienti da questi studi mettono certamente in crisi l'idea che la schizofrenia sia direttamente causata da un problema dell'*io* linguistico, ponendoci però in una situazione davvero strana.

In primo luogo, non possiamo ignorare il fatto che tantissimi interpreti provenienti da diverse tradizioni hanno notato come nella *deissi schizofrenica* ci sia qualcosa che non va, che i pazienti preferiscono parlare di sé in terza persona e che abbiano difficoltà nel rapporto *io-tu*. Anche se questo fenomeno non è statisticamente rilevante e non può essere usato come base per la spiegazione dell'intera schizofrenia, rimane comunque un *explanandum* di cui dare conto all'interno della teoria che stiamo cercando di delineare.

In secondo luogo, se i problemi di intersoggettività sono una parte della schizofrenia (come siamo portati a pensare) perché essi non si riflettono in un mancato uso dei deittici? Persino gli studi linguistici sulla *deissi schizofrenica*, ispirati ai lavori di Frith e alla fenomenologia, hanno dato esiti tutt'altro che favorevoli quando si sono esercitati su *vasti corpora*. Anche quei ricercatori che credevano di rintracciare nell'uso del linguaggio uno spec-

chio dei disturbi soggettivi e intersoggettivi della schizofrenia sono costretti ad ammettere: «We found no differences in viewpoint variables [...]. If problems with intersubjectivity are indeed an essential part of schizophrenia, an explanation of how this group can take on and navigate complex linguistic viewpoints in natural narrative interaction is called for» (Van Shuppen *et al.* 2023: 1). Se i problemi con l'intersoggettività sono davvero una parte essenziale della schizofrenia, si chiedono gli autori, è allora necessario fornire una spiegazione di come questo gruppo possa assumere e navigare punti di vista linguistici complessi. Evidentemente, la connessione tra la dimensione dell'enunciazione e quella dell'enunciato è molto diversa da come è stata pensata all'interno di un approccio benvenistiano.

L'obiettivo di quest'ultimo capitolo è allora quello di fornire una possibile soluzione a questo ordine di problemi attraverso una teoria semiotica dell'enunciazione alternativa, che rinuncia alla relazione costitutiva che lega il pronome '*io*' alla soggettività del parlante. Se i filosofi del linguaggio interessati alla schizofrenia hanno a più riprese notato come l'*io linguistico* sia legato ai *giochi linguistici* (Perconti e Pennisi 2006; Lo Piparo 2001; Cardella 2013) costituendone il fondamento, la semiotica accetta la connessione ribaltandone però lo schema di fondo. L'*io linguistico* non deve cioè essere inteso come il fondamento dei giochi linguistici, al contrario sono gli ultimi, a generare la possibilità del primo. Tenteremo, allora, di mostrare come la perdita dell'*io linguistico* (quando effettivamente si verifica) sia dipendente dalla modalità schizofrenica di giocare ai giochi linguistici che abbiamo esaminato nel capitolo 5, e non viceversa.

6.4. *Da un'enunciazione personale a un'enunciazione impersonale*

A partire da, o contro, la visione di Benveniste, la semiotica ha versato fiumi di inchiostro e, a dire il vero, la teoria dell'enunciazione e il concetto di *io linguistico* sono profondamente cambiati nel tempo. Da una parte, infatti, si è sempre più dato risalto alla

dimensione soggettale e fenomenologica che sta a monte dell'atto linguistico (Coquet 2007), o alla dimensione *embodied* del soggetto dell'enunciazione (Fontanille 2004; Basso Fossali 2009); dall'altra, invece, si è tentato di mostrare come la base esperienziale non sia sufficiente a spiegare il fenomeno dell'enunciazione, che diviene dunque un fenomeno collettivo condiviso, fatto da reti di inter-attanti (Paolucci 2020; Violi 2015; Lorusso 2019). Il risultato è che ormai l'*io linguistico* non può essere più considerato nella maniera benvenistiana e deve trovare la sua ragione di essere all'interno di altre dimensioni semiotiche, che siano esse corporee, percettive, intersoggettive o socioculturali.

Per riunificare le diverse strade che il concetto di enunciazione ha preso nella tradizione semiotica, Paolucci ha elaborato la sua teoria dell'enunciazione unificata (Paolucci 2020), che si configura come completamente agli antipodi di quella di Benveniste. Dove per il linguista francese l'*io linguistico* è il motore del meccanismo di enunciazione, per Paolucci è il meccanismo di enunciazione a produrre l'*io linguistico*: l'enunciazione è una caratteristica propria dei sistemi semiolinguistici che consiste nella «proprietà dei linguaggi di allestire delle posizioni di soggetto che stabiliscono i ruoli per chi, fuori dai linguaggi, viene di volta in volta a occupare» (Paolucci 2020, 13). In altre parole, la posizione di soggetto non è aperta dal pronome 'io', che può in seguito proiettarsi in un 'egli'; al contrario, la posizione di soggetto è già sempre un 'egli' impersonale che può essere variamente occupata dai parlanti. Questo può accadere perché i sistemi semiolinguistici continuamente allestiscono una topologia di relazioni volte alla loro attivazione. L'utilità degli attori è quindi quella di prendere posizione in un campo attanziale definito a monte dalle strutture semiolinguistiche enciclopediche. Questo vuol dire che non ci sono nella lingua delle categorie specialissime, come lo sono i *pronomi* io-tu per Benveniste, tali da permettere l'ancoramento in prima e seconda persona del discorso, ma ci sono solo posizioni virtuali allestite dalle strutture semiolinguistiche, che costituiscono un'alterità rispetto all'attore concreto di discorso e che il parlante dovrà imparare a occupare. Ogni 'io' è così sempre il risultato di un

passaggio mediatore attraverso un 'egli' impersonale che permette di dire 'io'. L'enunciazione non è così più fondata sulla categoria di persona, ma sulla categoria della *non persona* a cui il parlante deve in qualche modo concatenarsi attraverso un atto di mediazione e interpretazione (Paolucci 2020). Si deve sempre tenere presente che questa operazione di autoriferimento è dipendente dall'*illeità* del sistema semiolinguistico che funge da mediazione trasformatrice. Modificando la concezione di enunciazione non fondata più sul deittico personale ma sulle posizioni impersonali aperte dai sistemi semiotici, Paolucci modifica anche la concezione della soggettività riflessiva che Benveniste fa dipendere dall'*io linguistico*. L'individuo non si riconosce più attraverso un atto fondativo di presa di possesso delle strutture linguistiche attraverso un *io* che si riconosce *io*, ma «essere "soggetti" significa sapere che la voce di "egli", terza persona, che parla a "io", prima persona, è la voce di "io" stesso» (Paolucci 2020, 17).

Va da sé che, se si vuole rintracciare l'impronta dell'enunciazione nel discorso, non è all'*io linguistico* e all'uso dei deittici che bisogna fare appello, ma all'intero enunciato, vero e proprio aggregato di istanze enuncianti eterogenee in cui pulsano frammentate e interpolate le dimensioni esperienziali, sociali, culturali, corporee, materiali e tecniche dell'enunciazione. L'"io" non è la casella aperta dal sistema per il soggetto che se ne appropria, è piuttosto la modalità attraverso cui il sistema dell'enunciazione specifica e rende evidente una condizione che si situa a monte dell'enunciato nelle condizioni formali che permettono l'enunciazione. La soggettività del parlante è ovunque nel discorso (Vioi 2005) con il ruolo di un *occupante senza posto* (Paolucci 2020), concetto deflabile come l'immagine della *persona* che emerge dai percorsi enciclopedici dell'enunciazione mediando tra diversi ritagli semiotici.

L'*io linguistico*, in questo senso, non potrà più essere un requisito per la soggettività riflessiva, ne costituisce al contrario solo lo stadio *apicale*, quello in cui un parlante, a furia di occupare le posizioni aperte dal linguaggio, impara a riferirsi a sé stesso come a un 'io'. La soggettività riflessiva non deve essere intesa quin-

di come un ottenimento solo linguistico, ma come una capacità che si acquisisce proiettandosi in sistemi semiotici impersonali che permettono l'occupazione di posizioni. Tali sistemi semiotici non si sviluppano a partire dal linguaggio, al contrario è il linguaggio che si sviluppa a partire dagli altri sistemi semiotici (Deacon 1997; Zlatev 2005; Violi 2007; Paolucci 2021b). I bambini, infatti, imparano a riflettere su sé stessi molto prima che sia possibile dire 'io' e lo fanno occupando degli spazi semiotici messi a disposizione dalle pratiche in cui sono inseriti.

6.5. Nuove alleanze: enunciazione, intersoggettività e l'as-if function

Questa idea sembra avere un forte riscontro anche dal punto di vista della psicologia dello sviluppo e delle scienze cognitive che hanno studiato l'ontogenesi del concetto di sé. Prima di apprendere l'utilizzo del pronome 'io' intorno ai 20 mesi (Nelson 2007), il bambino passa diverse fasi in cui acquisisce delle competenze riflessive e corporee che gli permettono di maneggiare il riferimento fornito dal pronome linguistico. È solo attraverso lo scambio intersoggettivo e con il mondo materiale che il bambino impara a comprendersi e a proiettarsi in mondi possibili in cui assume una posizione di soggetto. Solo dopo aver appreso queste abilità, impara a coordinarle con il pronome linguistico *io* (Hutto 2008; Paolucci 2021b).

Nelle fasi di intersoggettività primaria si struttura la modalità dialogica in cui il bambino si rende conto della presenza di un *tu* (Reddy 2008). Durante l'intersoggettività secondaria si apre, invece, la fase in cui fa il suo ingresso nell'interazione l'*egli*, fase in cui il bambino impara a creare superfici significanti autonome attraverso il gioco, il *pretend play* e il *pointing*: tutti fenomeni che indicano la presenza di una prima capacità di costruire mondi possibili attraverso l'allocatione di *posizioni virtuali* (Fuchs 2015; 2017). Tra i 9 e i 24 mesi il bambino impara a riconoscere la sua *immagine corporea* (Gallagher 2005), anche grazie al riconoscimento allo specchio (Lobaccaro e Bacaro 2021), e impara

a mentire simulando il pianto (Reddy 2008), mostrando che sa che un *tu* si aspetta qualcosa da sé (Paolucci 2019). Prima di imparare a dire *io*, infine, il bambino impara a pronunciare il suo *nome proprio* (Nelson 2004). L'operazione riflessiva (e quindi una capacità di meta-rappresentazione) si manifesta dunque come un'acquisizione per fasi in cui si verifica una progressiva occupazione di diverse posizioni di soggetto all'interno di diversi piani semiolinguistici che vengono poi tradotti e interpolati tra loro. Ognuna di queste posizioni costituisce una *protesi della soggettività* (Paolucci 2020; Paolucci *et al.* 2021) che anticipa l'acquisizione di un *io linguistico*. Questo lavoro di appropriazione di sé, inoltre, non si svolge in luogo neutro, ma è sempre situato tra due dimensioni fondamentali che presiedono alla scoperta del sé: l'intersoggettività e la cultura (Violi 2007).

L'essere umano impara a dire *io* quando è già diventato un *soggetto riflessivo*, ed è diventato un *soggetto riflessivo* perché ha imparato a mediare tra la posizione egocentrica (sé) e la posizione allocentrica (egli) che i sistemi di significazione tengono aperte: egli impara a concatenare il proprio punto di vista a quello degli altri, mediando tra le diverse istanze enciclopediche che gli permettono di dare contemporaneamente senso a sé e al mondo:

La soggettività non nasce con l'io linguistico, ma con la capacità semiotica di mentire, di costruire superfici significanti che costruiscono mondi alternativi a quello reale, ponendovi soggetti finzionali al loro interno. [...] L'io con la sua capacità di autocoscienza e la sua struttura personale, capace di dire ego e di porre un tu, nasce da questa capacità strategica di costruire azioni costituite nella loro stessa identità dall'immagine dell'altro e delle sue possibili risposte all'azione di ego. Questa capacità non nasce con il linguaggio: nasce con la semiosi in vista dell'azione efficace e il linguaggio verbale eredita questa capacità semiotica, costruendo un apparato formale capace di esprimerla (apparato formale dell'enunciazione). (Paolucci 2020, 49)

Questo ci conduce a considerare come, di fatto, la posizione di soggetto non solo sia precedente all'*io linguistico* ma sia necessariamente connessa a una funzione *semiotica* di costruzione

di mondi possibili strettamente dipendente dall'intersoggettività, perché da essa origina e con essa media.

Anche la fenomenologia e l'enattivismo hanno a lungo riflettuto sulla capacità dell'individuo di acquisire una *soggettività riflessiva* per merito della dimensione intersoggettiva (Zahavi 2014; Gallagher 2020; Fuchs 2015). Un ruolo fondamentale in questo passaggio è stato attribuito a una funzione intrinsecamente semiotica, che è stata definita da Fuchs come *as-if function* (Fuchs 2015; 2017). La *as-if function* è esattamente la dimensione del *far-finta* che il bambino acquisisce, ovvero l'abilità di costruire mondi di significazione che non necessariamente corrispondono a quello reale, di programmare azioni e le loro conseguenze, di immaginare *possibilità*. È possibile notare che Fuchs, quando descrive l'*as-if function*, sembra esattamente descrivere la condizione di enunciazione di cui cerca di dar conto Paolucci (2020):

It allows me to put myself to another point in space “as if” I were there, or into the position of another person, “as-if” I were in his/ her situation, while I remain nevertheless anchored to my own bodily center. I compare “me-here” to “me-there,” although this “me-there” remains virtual – just like my mirror image, which, despite all similarity, looks at me from out of nothing. Thus, the “as-if” gains a particular manifestation in reflective self-consciousness, when I see myself “from the outside” or in others’ eyes. In the last analysis, self-reflection is the product of an “as-if” stance. (Fuchs 2017, 85)

La *as if function* a cui fa riferimento Fuchs è allora quella capacità di entrare in concatenamento con una dimensione semiotica attraverso la mediazione tra un punto di vista personale e un punto di vista impersonale: «It also enables us to put our own body-centered position into brackets and to take the perspective of other persons, “as if” we were in their place» (Fuchs 2015, 83). Come per Paolucci, per Fuchs questa capacità:

a) è intimamente connessa a fattori semiotici e li presiede: «It allows us to take things to mean or represent something

other than themselves, for example a mirror image, a map of the town, an actor on the stage, or even metaphorical speech» (ivi, 83);

b) è connessa ad abilità strategiche e alla creazione di *mondi possibili*:

The crucial role of the AIF for human evolution may be seen, on the one hand, in loosening the grip of reality and extending the scope of possibilities: by the ruse of the “as-if,” the immediate reality put into brackets. Now human thought and imagination, liberated from the coercion of the given, are enabled to create alternative, possible worlds which may be used for rehearsal and simulation before the actual practice. (ivi, 93).

c) è una caratteristica distintiva della mente umana e permette il passaggio alla dimensione del sistema simbolico (Deacon 1997);

d) ha una dimensione performativa legata alla presa in carico di un ruolo e la proiezione in una *maschera* che prende il posto del soggetto e *media* con esso. Tant'è che essa forma la dimensione della *persona*, attraverso il raddoppiamento dell'*io* e nel *me*.

Seeing oneself with others’ eyes results in the dialectic of the “I” and the “me,” to use G. H. Mead’s terms: Be it in conflict or in harmony, I and me are always intertwined. Playing one’s own part in society always implies an “as-if” inasmuch as there remains at least a latent inner distance towards the roles one adopts. (Fuchs 2015, 85)

Alla luce di queste comunanze, non deve stupire che per entrambi gli autori la schizofrenia sia anche un disturbo legato a un malfunzionamento della capacità del ‘sé’ di proiettarsi in ‘egli’ (Paolucci 2020, 44). Seguendo questa linea, è allora possibile leggere le difficoltà presenti nell’uso del pronome *io* degli schizofrenici, non come disturbi dell'*io linguistico*, ma come problemi di mediazione tra la propria posizione *egocentrica* e una posizione *allocentrica*, un difetto

nell'assemblaggio e nella concatenazione tra *istanze dell'enunciazione* che non riescono più a entrare in mediazione e in traduzione. In altre parole, in una difficoltà a giocare il gioco che dice 'io' prodotta da una *de-dialettizzazione del sé e del me* (Kraus 2002). Non si tratterebbe quindi di un problema di apparato formale personale, ma di un problema nel concatenamento impersonale.

6.6. Per una concezione enciclopedica ed embodied dei disturbi dell'io linguistico

Questo problema è necessariamente connesso alla perdita del senso comune che conduce alla schizofrenia: proprio perché, per lo schizofrenico, i piani enciclopedici sono prevalentemente lisci, gli è difficile individuare la posizione *impersonale* aperta dal sistema per lui. Tali posizioni sono chiare solo se si è in grado di comprendere e utilizzare delle regole semiotiche che strutturano e ritagliano un piano enciclopedico. Nessun ritaglio semiotico si offre come un *già dato*. Per riconoscersi in un *me*, il soggetto deve infatti accedere a una porzione enciclopedica che apre la posizione terza con cui *assemblare* l'io al non-io, e poi riconoscersi in essa. Per definire chi siamo abbiamo bisogno di allestire un campo identitario con i nostri valori, la nostra storia, le nostre credenze, ed è questo campo ad allestire una posizione virtuale vuota (un'identità, un me) che possiamo occupare e assumere (io). Questa operazione potrebbe risultare ardua nella schizofrenia proprio perché le semiotiche dell'esperienza sono insidiate dai disturbi corporei dell'ipseità (sé), mentre il ritaglio del piano enciclopedico di riferimento è messo in crisi dalla perdita del senso comune. Così, il viaggio tra piani semiotici rischia di perdere i punti di partenza e di arrivo, con rischi di stalli o di deviazioni costanti. In alcuni casi, infatti, i soggetti schizofrenici vengono intrappolati in alcune posizioni aperte dai piani enciclopedici, fondendosi completamente con esse. Si veda quello che accade a questo paziente di Parnas:

A young man was frequently confused in a conversation, being unable to distinguish between himself and his interlocutor. He tended to lose the sense of whose thoughts originated in whom, and felt "as if" the interlocutor somehow "invaded" him, an experience that shattered his identity and was intensely anxiety-provoking. When walking on the street, he scrupulously avoided glancing at his mirror image in the windowpanes of the shops, because he felt uncertain on which side he actually was. (Parnas 2003, 232)

Si tratta di un esempio di esperienze di *transitivismo*, in cui l'io si sente invaso dalla posizione dell'altro proprio perché non è in grado di mediare la sua posizione egocentrica con quella di un altro. Le posizioni di soggetto aperte dalle pratiche interazionali vengono cioè occupate completamente dal soggetto senza alcun tipo di mediazione tra posizione egocentrica e posizione allocentrica. Assumendo il punto di vista dell'altro, lo schizofrenico ne viene catturato al punto da diventare l'altro, o da far diventare l'altro sé stesso. È esattamente quello che accade al paziente di Parnas quando, passeggiando per la strada, si specchia in una vetrina e fa confusione tra sé e la sua immagine riflessa, rimanendo intrappolato nelle illimitate potenzialità enunciative delle superfici riflettenti (Lobaccaro 2023b).

In altri casi il sé non riesce a proiettarsi affatto sulle altre istanze aperte dall'enunciazione, e si chiude autisticamente, questo perché il *know how* corporeo necessario per il compito di *perspective taking* o di *role taking* è in crisi e l'insieme delle conoscenze e regole implicite che permettono tali operazioni non sono più fondate sulla *metis* e sul *buon senso*. Diventa pertanto impossibile indossare la *maschera* della *persona*, un ruolo sociale o identitario, perché non si riesce a stabilizzare il gioco linguistico giusto che ne permetta una corretta *caratterizzazione*. La posizione da occupare è così frammentata, incompleta e contraddittoria (Lysaker e Lysaker 2008).

Abbiamo quindi due problematiche opposte dipendenti dallo stesso problema: o lo schizofrenico si proietta completamente nelle posizioni di soggetto aperte dal sistema semiolinguistico, oppure non riesce a occuparne nessuna. Queste

difficoltà si manifestano come un problema di *concatenamento* tra la dimensione individuale e la dimensione delle posizioni di soggetto aperte dai sistemi semiotici, innanzitutto da un punto di vista immaginativo attraverso i disturbi dell'*as-if function*. Tali difficoltà possono ovviamente trasporci anche sul piano del linguaggio verbale, in particolare nell'uso dei deittici presentando lo stesso pattern. L'incapacità di concatenarsi a una dimensione linguistica conduce o a una cristallizzazione delle diverse maschere linguistiche che non possono essere collegate a causa di una incapacità di mediare tra piani enciclopedici, oppure a una continua confusione tra le *persone* del discorso.

Si prenda per iniziare il caso dell'Avv. B di Piro, fuggito dall'ospedale psichiatrico dove per anni ha parlato solo tramite glossolalie. Egli, nel momento in cui deve dare sfogo alla sua convinzione delirante, si reca a fare ricerche a Napoli circa le sue origini e nessuno si accorge che è schizofrenico:

anche lo strano caso dell'Avv. B confermò infatti che il parlare stranissimo e assurdo di certi pazienti schizofrenici non è una loro stabile e definitiva caratterizzazione, ma è un abito mentale che può, *se variano le condizioni*, essere sostituito da un altro abito mentale, così come abitualmente fanno le persone poliglotte quando passano da una lingua all'altra; è come se a una *persona* remota dal mondo e chiusa in sé se ne fosse sostituita un'altra, viva e prontissima a rispondere agli eventi umani, come se una *maschera* fosse stata cambiata con un'altra *maschera*. (Piro 1992, 22, corsivo dell'autore)

Piro pare ignorare che il problema reale nel caso dell'avv. B non sta tanto nel fatto che l'ambiente in cui è inserito lo costringe a indossare una *maschera* che in un altro sistema può cambiare (dato comunque rilevante), ma nel fatto che si manifesta una impossibilità di mediazione *tra una maschera e l'altra*. Il problema nella schizofrenia è che le maschere si presentano in maniera esclusiva e fondamentalmente cementificata, come nel caso di Sasà, il paziente di Piro che passava dalla maschera di *Chella Fetente* a quella della *Divina* in modo programmatico e legato a piani enciclopedici *ipercodificati* (§4.2.3). Altro esem-

pio è rappresentato da Zund, il paziente di Binswanger (1956), dai comportamenti manieristici: egli cerca in qualche modo di aggrapparsi disperatamente a una *maschera* e di *appropriarsene* senza tuttavia una mediazione tra punti di vista, ovvero senza un concatenamento enunciativo efficace. Si pensi anche a Elena, una paziente di Enrico Morselli (1930), che viveva gli episodi psicotici ora in italiano ora in francese: la lingua italiana era sintomo di una più forte sintonizzazione con l'ambiente, mentre il francese manifestava le forme più gravi di solitudine autistica. Scissioni, dunque, proiezioni di maschere non integrate, volte a cristallizzare e articolare condizioni esistenziali particolari.

Proprio in questo quadro l'uso dei pronomi può diventare estremamente problematico, perché la dimensione pronominale *io-tu* necessita, per essere utilizzata efficacemente, di un codice di riferimento che solo la modalità di ritaglio del piano enciclopedico può fornire. Si può dire 'io' parlando di sé stessi e si può dire 'io' anche in funzione metalinguistica, ma in entrambi i casi ciò che permette questi usi è una conoscenza pratica delle regole codificate sull'uso e la funzione dei deittici. Senza il *buon senso* che indirizza l'applicazione di tali regole, l'uso dei deittici diventa un'operazione rischiosissima, perché le particelle pronominali aprono posizioni di soggetto che possono essere occupate da qualsiasi elemento: sono, cioè, troppo piene di significazione virtuale (Paolucci 2020). In altre parole, il problema non consiste nell'incapacità di usare la particella 'io', ma nel fatto che tale 'io' significa troppe cose in quanto può riferirsi ad ogni possibile concreta situazione di discorso. Se lo schizofrenico ha difficoltà nel gestire lo spazio egocentrico e quello allocentrico e a gestire con ponderazione la prospettiva dell'altro, la parola 'io' in una concreta occasione di discorso può significare tanti 'io' quanti sono gli io che possono pronunciarlo.

Si osservi questo resoconto fornito da Bollas sul suo paziente Larry:

Non passava giorno che non si mettesse a girovagare per la stanza oscillando in modo stranamente sensato, una specie di avanti e indietro caratterizzato da mutevoli espressioni facciali. Un giorno mi capitò di trovarlo seduto a un

tavolo da pranzo da cui tutti se n'erano già andati: continuava a spostarsi da una sedia all'altra. Le sedie si trovavano a capotavola, una per lato. Si sedeva su una sedia, gesticolava, quindi si spostava velocemente sull'altra sedia: dopo averla raggiunta, accennava un sorriso e, di tanto in tanto, rideva di gusto.

“Larry, ma cosa stai facendo?”

“Sto parlando a me stesso.”

“Che cosa?”

“Parlo a me stesso.”

“E come fai?”

“Quando sono seduto qui, parlo.”

“E quando ti siedi là?” [indicando l'altra sedia]

“Quello è il me che ascolta.”

“Ma allora, chi parla quando sei sulla sedia in cui ti trovi ora?”

“È per me”

“Per te?”

“No, è per me. Ovvero è l'io, che parla al me, che si trova sulla sedia.”

“Oh, allora quando parli, per esempio, quando dici: ‘Scriverò un libro a fumetti’, lo stai dicendo al tuo me che ti sta ascoltando, giusto?”

(Bollas 2015, 95-96)

In questo caso, Larry parlando con sé stesso si dà del tu, ma non riesce a mediare con il fatto che quel *tu* è in realtà un pronome che indica sempre sé stesso, e così deve cambiare posizione ed esternalizzare la divisione tra le due posizioni aperte dal dialogo per poter parlare con sé stesso. Ha bisogno cioè di aprire due frame, due piani enciclopedici, per favorire il proprio dialogo interiore.

Questo punto si connette anche all'annoso problema con cui abbiamo aperto questa riflessione. Sebbene non sia una caratteristica onnipresente nella schizofrenia, molti interpreti hanno documentato la propensione a utilizzare il nome proprio in terza persona per riferirsi a sé. Si legga questo resoconto di Bollas, in cui il paziente Ido mostra la caratteristica particolare di non utilizzare la particella pronominale 'io'.

All'EBAC un giorno ebbi uno scontro – o un'esperienza formativa, se volete – con un ragazzino nipponoamericano chiamato Ido. Diceva sem-

pre: “Ido vuole...”. Non usava mai la prima persona. Per alcuni giorni provai a dirgli: “Ido se dici: ‘Voglio un biscotto’ va bene!”. Ma lui insisteva nel rispondere: “Ido vuole un biscotto!”. Alla fine fu chiaro che quando gli suggerivo di dire “Voglio!”, pensava gli stessi ordinando di dire che io, Christopher, volevo il biscotto. Per questo motivo, pensava che stessi cercando di portargli via il suo biscotto (ivi, 93).

Ido, insomma, non è capace di (o non vuole) utilizzare l'io linguistico per riferirsi a sé, ma capisce perfettamente che *io* serve per riferirsi a sé stessi, visto che pensa che Bollas lo usi per riferirsi a sé stesso e non in funzione metalinguistica. Ma perché allora Ido rifiuta il suo utilizzo?

Se ripensiamo a quanto detto sinora, forse la soluzione apparirà a portata di mano. Il pronome *io* segue quasi sempre nel percorso ontogenetico l'apprendimento del nome proprio (Nelson 2004), e questo perché il *nome proprio* è in fondo il modo più certo e sicuro di indicare sé stessi. Questo è perfettamente messo in luce da Umberto Eco (Eco 1975, § 2.9.2) che ci dice che, mentre il pronome *io* può riferirsi a chiunque, il nome proprio è un designatore molto più rigido e altamente codificato. Il nome proprio è il perfetto esempio di una terza persona che include la prima persona: con il nome proprio non c'è bisogno di un assemblaggio contestuale, di una commisurazione locale tra spazio aperto dall'enunciazione e situazione comunicativa. Tale spazio è facilmente occupabile dal nome proprio che, in terza persona, è in grado di indicare la prima, con una certezza che rimane salda e regolare in numerosissimi piani enciclopedici. Mentre il pronome *io* cambia a seconda di chi lo pronuncia, il nome proprio no, è sempre il nostro. È attraverso questa interpretazione che possiamo leggere questo passo preso da *Diario di una schizofrenica*:

Mi dava gran sollievo il fatto che la Mamma¹⁶ parlasse di noi in terza persona dicendo «Mamma e Renée» invece di «Io e lei¹⁷». Quando per sbaglio mi

¹⁶ La paziente si riferisce con il termine ‘mamma’ alla psicanalista Marguerite Sechehaye.

¹⁷ Da intendere come allocutivo cortese.

parlava in prima persona, improvvisamente non la riconoscevo più ed ero adirata che rompesse il nostro contatto con un simile errore. Così quando mi diceva: «vedrà come io e lei insieme combatteremo il Sistema». “Io e lei” che cosa vuol dire? Per me questo non rappresentava alcuna realtà, invece “Mamma e Renée” o anche “Il piccolo personaggio”¹⁸ rappresentavano la vita, la realtà, l'affettività. Non riuscivo a spiegare bene alla Mamma tutto questo, ma speravo che ella comprendesse da sola. (Sechehaye 1950, 37)

Renée si lamenta di non capire il pronome personale che “non rappresenta nessuna realtà”. Possiamo intendere questa affermazione proprio come una conseguenza dell'assenza di designazione del pronome che è sempre variabile a seconda di chi lo pronuncia. Al contrario, i nomi propri creano un rassicurante effetto di realtà proprio perché designano qualcosa in maniera stabile, offrendo una possibilità di ancoramento al discorso che favorisce la possibilità di un recupero parziale del senso comune¹⁹. Ecco che qui, forse, si apre la distanza più grande tra la nostra teoria e alcune teorie della psichiatria filosofica, dove nella sostituzione del nome proprio al pronome personale si è intravisto spesso il segno di una perdita della soggettività *minimale e corporea* (Minkowski 1927). Al contrario, per noi questa caratteristica è un risultato possibile (e non certo) dello smarrimento dello schizofrenico nell'enciclopedia conseguente alla perdita del *senso comune*. Lo schizofrenico usa il nome proprio non per segnalare un disturbo dell'*ipseità*, ma per combattere l'indeterminatezza del pronome *io* il cui significato è fortemente dipendente dal piano enciclopedico di riferimento che lo schizofrenico ha problemi a ritagliare e mantenere saldo senza perdersi negli infiniti rimandi e piani enciclopedici. Il fatto stesso che questa caratteristica

¹⁸ Rappresentazione simbolica utilizzata dalla paziente per riferirsi a sé.

¹⁹ In questo caso parliamo della *koiné aisthesis* indicata dalle parole “realtà, affettività, vita”. È chiaro qui il riferimento alla dimensione vitale e intersoggettiva che i pazienti perdono (Stanghellini 2008). Bisogna inoltre tener presente che quando Renée parla di “realtà” si sta riferendo a essa come un profondo ottenimento, una fase in cui riesce a prendere fiato dal sentimento di “irrealtà”, cioè la parola che usa nel testo per indicare il nucleo fondamentale della sua esperienza patologica (cfr. Sechehaye 1950, 9-25).

non sia quella che più caratterizza il disturbo schizofasico ci fa propendere per un'interpretazione che metta i disturbi linguistici tutti su uno stesso livello, non ricercando un loro fondamento nell'uso di particelle pronominali, ma in una più generale difficoltà di concatenare la propria voce alle posizioni aperte dai giochi linguistici di una comunità.

6.7. *Aprire alla comprensibilità: conclusioni e rilanci*

Al termine del nostro percorso semiotico nella schizofasia rintracciamo la necessità di tirar somme che permettano rilanci futuri. Se non possiamo basarci su una teoria benvenistiana per interrogare lo statuto del disturbo schizofrenico, certamente il discorso schizofasico non può essere considerato né come il riflesso diretto dell'esperienza né delle funzioni cognitive del parlante. La modalità attraverso cui abbiamo cercato di dar conto dei disturbi schizofrenici nel linguaggio è basata su una teoria dell'enunciazione costitutivamente impersonale, dove l'enunciazione schizofasica non riflette i disturbi dell'esperienza ma li riaggrega, li traduce, li interpola, recando in sé l'impronta delle alterazioni di senso del vissuto schizofrenico che sono proiettate in discorso grazie all'*as-if function*.

Il linguaggio è un risultato delle alterazioni semiotiche del disturbo che retroagisce a sua volta su tutti gli altri aspetti del disturbo (deliri, allucinazioni, stati emotivi, stati fisici, dimensione sociale). Il linguaggio schizofrenico non ci fa accedere alla schizofrenia, esso è già parte costitutiva e trasformativa del mondo schizofrenico. Nel momento in cui parla, il soggetto schizofrenico non comunica solo il suo mondo, lo plasma all'interno di un dominio di socialità istituita (Bondi 2012; 2022). Allo stesso tempo mentre il mondo si metamorfizza per mezzo del linguaggio si trasforma anche la comprensione e l'interpretazione che il soggetto stesso ne dà mentre si ascolta parlare (La Mantia 2020).

Questo inquadramento semiotico della schizofasia ci porta, allora, direttamente al cuore del dibattito sulla soggettività

schizofrenica. Non è più possibile a questo punto scindere un disturbo dell'*ipseità* fenomenologica dalle modalità di enunciare attraverso dei sistemi semiolinguistici. Esso si dà e si forma esattamente enunciandosi. I disturbi esperienziali e i problemi del linguaggio devono così essere entrambi inquadrati alla luce della crisi del senso comune nella sua doppia accezione corporea ed enciclopedica. I disturbi della soggettività schizofrenica si manifestano prima di tutto come disturbi della *persona* (Paolucci 2020; Stanghellini 2017): non ci troviamo mai di fronte a una soggettività disgregata immediatamente afferrabile, ma sempre di fronte alle sue proiezioni segniche e alle sue e altrui interpretazioni. È la lezione di Peirce, *l'uomo è un segno esterno* (CP 5310). Se vogliamo conoscere l'uomo dobbiamo interpretare quel segno che l'uomo è.

Le nostre parole e i nostri discorsi sono modalità fondamentali che usiamo per farci segno, raccogliendo attorno alla nostra voce anche quella di tutte le altre istanze che abitano il nostro universo culturale. Una prospettiva semiotica di questo tipo consente, allora, di non fermarsi all'analisi del formale del parlato schizofasico, ma di spingersi oltre e proporre l'analisi di vaste porzioni testuali, di narrazioni e di descrizioni dei soggetti, per dischiudere i mondi di significato lì racchiusi. Ma certo l'impresa di comprensione semiotica non si esaurirebbe, potendo dirigersi verso altri processi di senso, meno codificati e più misteriosi, quali le produzioni semiotiche non linguistiche dei pazienti, o il loro linguaggio del corpo, fino ad arrivare all'analisi di fenomeni ben più complessi quali le strutture e le trasformazioni dei processi di significazione nei deliri e le forme stranianti delle allucinazioni.

Lo sguardo semiotico che abbiamo proposto, ponendo le manifestazioni del linguaggio schizofasico sotto l'egida dell'enciclopedia e di una teoria dell'enunciazione, permette di intrecciare la comprensione delle modalità di espressione linguistica della schizofrenica con tutti gli altri processi di senso che la caratterizzano e vedere come questi si traducono reciprocamente. Intanto ciò che abbiamo strappato all'incomprensibilità è l'idea che il linguaggio schizofrenico, anche quando completamente

separato dalla dimensione del senso comune, poggia sempre sugli schemi enciclopedici che permettono produzione di senso. Diventa quindi sempre possibile individuare le modalità attraverso cui la funzione segnica si articola, sebbene questa operazione possa presentare delle difficoltà. Studiando la storia degli individui, sarà possibile cercare una comprensibilità locale dei linguaggi schizofasici per trovare le chiavi di lettura dei mondi privati che dischiudono. Si tratta di rintracciare delle regolarità, di ricostruire dei percorsi enciclopedici inusuali ma non impossibili, che tendono a una idiosincratia stabilizzazione. Siamo convinti che solo così sarà possibile mettere in luce la disgregazione delle dimensioni interrelate di esperienza, linguaggio e soggettività.

La nostra ricerca si chiude, quindi, con una sfida futura. Ma questo è forse il senso stesso delle esplorazioni non ancora osate: costruire mappe che permettano di riconfigurare confini e programmare nuove incursioni. Questa prima mappa ci mostra come, per quanto solitari, i percorsi della schizofrenia solcano il nostro stesso terreno. Possiamo seguirli grazie all'incredibile potere dei segni, impronte capace di stamparsi anche su quei sentieri dove la terra è più arida.

Conclusione

Siamo giunti alla fine del nostro percorso; tante sono le idee disseminate in queste pagine, tanti sono i dubbi, le incertezze, le attese. È difficile trarre delle conclusioni unitarie dai percorsi che abbiamo tracciato per ogni capitolo e lasciato in sospeso. Del resto, non tutte le strade si intrecciano al primo incrocio, molte volte divergono a lungo e si riuniscono dove meno ce lo si aspetta. Alcune delle mappe tracciate sono contigue, altre si sovrappongono e illuminano sentieri reciproci. I singoli capitoli contengono già delle considerazioni finali per ognuno dei temi trattati, non annoieremo quindi il lettore con ulteriori ricapitolazioni. Tenteremo, piuttosto, di trarre conclusioni sulle possibilità aperte.

L'unica strada per chiudere un lavoro di ricerca ancora *in itinere* come quello qui presentato consiste nel valutare quello che si è raggiunto a partire dall'ipotesi iniziale. Ci siamo chiesti se la semiotica, con i suoi strumenti, possa illuminare un territorio per lo più sconosciuto e inesplorato. Speriamo di aver mostrato che questo è possibile quando il rigore del metodo si unisce al confronto ravvicinato con *l'alterità*. Crediamo che il reale contributo della semiotica a questa ricerca sia quello di mostrare come, di fronte a esperienze umane così perturbanti e allo stesso tempo così commoventi, ci sia sempre un'opportunità di co-significare, anche quando questo compito appare più arduo. Riconoscersi come corpi che incarnano le stesse esigenze, gli stessi istinti, le stesse necessità di gestione di quel flusso esondante che chiamiamo senso è forse la conquista, se non collettiva, almeno individuale che, speriamo, possa valere l'impegno nella lettura di questo lavoro.

Nello scoprire questa appartenenza alla stessa realtà, campo comune per le trasformazioni e le infrazioni vertiginose di senso, ecco che il confine tra follia e normalità manifesta tutta la sua evanescenza, il suo carattere convenzionale, restituendo alla vista le paure di contaminazione per cui è stato tracciato. Se riconosceremo di abitare una comune ecologia di senso e di attraversarla nelle stesse modalità generali anche quando i percorsi paiono più idiosincratici, la paura lascerà spazio alla curiosità del dialogo e allo sforzo della sua costruzione, del gettare ponti, del disegnare mappe.

Il confine tuttavia è ancora utile, non foss'altro per risvegliare il senso di avventura, di esplorazione, di meraviglia di fronte ai frutti di un terreno che si immaginava sterile e che si scopre, al contrario, ubertoso. Il limite tracciato mantiene il fascino magnetico della sfida, l'energia di un attrattore di forze che desiderano partire insieme verso l'ignoto.

Al nostro lettore modello bifronte sarà chiaro a questo punto che non c'è possibilità, né bisogno, che i due volti di Giano divengano uno. Nonostante la contiguità di orizzonti e alcune premesse comuni tra psicopatologia e semiotica, le differenze teoriche e la storia delle discipline richiedono una separazione in dialogo, più che una conflagrazione fra i piani. Non si può chiedere al semiotico di diventare clinico, né si può pretendere che lo psicopatologo si munisca dell'intero armamentario semiotico. Si può invece auspicare che questi due volti presiedano insieme lo stesso passaggio, lo stesso percorso liminare. Se si nutriranno dei pensieri l'uno dell'altro, se collaboreranno nella ricerca dei propri obiettivi e nella sfida ai propri assunti, se copriranno le rispettive cecità, se congiungeranno i loro sforzi, allora le mappe si moltiplicheranno insieme ai territori da esplorare.

Non sappiamo se si siano rispettati gli impegni presi con il nostro lettore nell'introduzione, ma è arrivato il momento in cui gli obiettivi dell'autore modello lascino spazio alla speranza dell'autore empirico: quella di aver, se non ampliato, almeno smosso, i confini del senso.

Bibliografia

Nel testo, l'anno che accompagna i rinvii bibliografici è quello dell'edizione in lingua originale, mentre i rimandi ai numeri di pagina si riferiscono alla traduzione italiana o inglese, qualora sia presente nella bibliografia.

Andreasen, N.C.

1979 *Thought, Language, and Communication Disorders I*, «Archives of General Psychiatry», 36, pp. 1315-1321.

Arieti, S.

1976 *Interpretazioni della schizofrenia*, Feltrinelli, Milano.

Artaud, A.

1925 *Le pése nerfs*; tr. it. *Il pesa nervi* in *Al paese dei Tarahumara e altri scritti*, a cura di H.J. Maxwell, C. Rugafiori, Adelphi, Milano 2009, pp. 26-50.

1945 *Letura d'Eprabi Talli Tetr Fendi Photia O Fotre Indi*. Ora parzialmente in *Al paese dei Tarahumara e altri scritti*, a cura di H.J. Maxwell, C. Rugafiori, Adelphi, Milano 2009.

Ballerini, A.

2002 *Patologia di un eremitaggio: uno studio sull'autismo schizofrenico*, Bollati Boringhieri, Torino.

Balzac, H. de

1832 *Louis Lambert*, tr. it. di P. Dècina Lombardi, L'orma editore, Roma 2017.

Bambini, V. - Arcara, G. - Bechi, M. - Buonocore, M. et al.

2016 *The Communicative Impairment as a Core Feature of Schizophrenia: Frequency of Pragmatic Deficit, Cognitive Substrates, and Relation with Quality of Life*, «Comprehensive Psychiatry», 71, 2016, pp. 106-120.

Bannister, D.

1968 *The Logical Requirements of Research into Schizophrenia*, «British Journal of Psychiatry», 114, pp. 181-188.

- Barch, D.M. - Scheffield, J.M.
 2014 *Cognitive Impairments in Psychotic Disorders: Common Mechanisms and Measurement*, «World Psychiatry», 13, 3, pp. 224-232.
- Baron-Cohen, S.
 1995 *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*, Bradford-MIT Press, Cambridge (MA).
- Barrett, R.
 1996 *The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Basaglia, F.
 1953 *Il mondo dell'«incomprensibile» schizofrenico attraverso la Daseinanalyse*, «Giornale di Psichiatria e Neuropatologia», 81, 471, 1953. Ora in Basaglia 2017, pp. 47-70.
 1955 *In tema di pensiero «dereistico». Considerazioni sul concetto di «distacco» dalla realtà*, «Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria», 16, 1, 1955. Ora in Basaglia 2017, pp. 141-162.
 1965 *La distruzione dell'ospedale psichiatrico come luogo di istituzionalizzazione*, «Annali di Neurologia e Psichiatria», 49, 1, 1965. Ora in Basaglia 2017, pp. 262-269.
 1967a *La soluzione finale*, «Che Fare», 2. Ora in Basaglia 2017, pp. 443-450.
 1967b *Dare un nome all'oppressione*, «Recherches», 6, 1967. Ora in Basaglia 2017, pp. 415-418.
 1968 (a cura di) *L'istituzione negata. Rapporto da un Ospedale Psichiatrico*, Einaudi, Torino.
 1979 *Psiquiatria Alternativa: Contra O Pessimismo Da Razao, O Otimismo Da Pratica; Conferencias No Brasil*, a cura di D.A. Portolese, G.R. Figueiredo, Brasil Debates, San Paolo; tr. it. *Conferenze Brasiliane*, a cura di F. Ongaro Basaglia, M. G. Giannichedda, Raffaello Cortina Editore, Milano 2000.
 2017 *Scritti. 1953-1980*, a cura di F. Ongaro Basaglia, il Saggiatore, Milano.
- Basaglia, F. - Ongaro Basaglia, F.
 1966 *Un problema di Psichiatria Istituzionale. L'esclusione come categoria socio-psichiatrica*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», 90, 6, 1966. Ora in Basaglia 2017, pp. 315-332.
 1979 *Follia/Delirio*, in *Enciclopedia Einaudi*, vol. VI. Ora in Basaglia 2017, pp. 853-880.
- Basso Fossali, P.
 2009 *La tenuta del senso. Per una semiotica della percezione*, Aracne, Roma.
 2017 *Vers une écologie sémiotique de la culture. Perception, gestion et réappropriation du sens*, Lambert-Lucas, Limoges.

- Bateson, G. - Jackson, D.D. - Haley, J. - Weakland, J.H.
 1956 *Toward a Theory of Schizophrenia*, «Syst. Res.», 1, pp. 251-264; tr. it. *Verso una teoria della schizofrenia*, in Id., *Verso un'ecologia della mente*, Milano, Adelphi, 1972, pp. 243-270.
- Bateson, G.
 1960 *Minimal Requirements for a Theory of Schizophrenia*, «AMA Arch Gen Psychiatry», 1960, 2, 5, pp. 477-491; tr. it. *I requisiti minimi di una teoria della schizofrenia*, in Id., *Verso un'ecologia della mente cit.*, pp. 288-315.
- Bentall, R.P.
 2003 *Madness Explained*, Allen Lane, London.
- Benveniste, E.
 1966 *Problèmes de linguistique générale*, Gallimard, Paris; tr. it. *Problemi di linguistica generale*, il Saggiatore, Milano 1971.
- Bertelli, A.
 2020 *Notti in bianco & Albe d'oro*, Mucchi Editore, Modena.
- Bernini, M. - Caracciolo, M.
 2013 *Letteratura e scienze cognitive*, Carocci, Roma.
- Bertrand, D.
 2000 *Précis de sémiotique littéraire*, Nathan HER, Paris; tr. it. *Basi di semiotica letteraria*, Meltemi, Roma 2003.
- Besoli, S.
 2014 *I limiti della comprensione e la comprensione dei limiti: il caso Strindberg tra Jaspers e Binswanger*, «Studi Jaspersiani», II, pp. 129-179.
- Binswanger, L.
 1944 *Der Fall Ellen West: Eine anthropologisch-klinische Studie*, Orell Füssli AG., Zurich; tr. it. *Il caso Ellen West*, a cura di S. Mistura, Einaudi, Torino 2011.
 1956 *Drei Formen missglückten Daseins: Verstiegenheit, Verschrobenheit, Manieriertheit*, De Gruyter, Berlin; tr. it. *Tre Forme di Esistenza Mancata*, SE, Milano 1992.
 1963 *Being in the World. Selected Papers of Ludwig Binswanger*, ed. by J. Needleman, Basic Books, New York; tr. it. *Essere nel Mondo*, Astrolabio Ubaldini, Roma 1973.
 1965 *Wahn*, Neske, Pfullingen; tr. it., *Delirio*, a cura di E. Borgna, Marsilio, Venezia 1990.
 2018 *Daseinanalyse, Psichiatria, Psicoterapia*, a cura di A. Molaro, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bizzari, V.
 2018 *Schizophrenia and Common Sense: a Phenomenological Perspective*, in I. Hipólito, J. Gonçalves, J. Pereira (eds), *Schizophrenia and Common Sense. Explaining the Relation Between Madness and Social Values*, Springer, Cham, pp. 39-53.

- Blankenburg, W.
1971 *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie der schizophrenen Alienation*, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart; tr. it. *La Perdita dell'evidenza naturale*, a cura di A. Ballerini, Raffaello Cortina Editore, Milano 1998.
- Bleuler, E.
1911 *Dementia Praecox, oder, Gruppe der Schizophrenien*, Deuticke, Leipzig; tr. it. *Dementia Praecox, o il Gruppo delle schizofrenie*, a cura di A. Sciacchitano, Polimnia Digital Editions, Pordenone.
- Bollas, C.
2015 *When the Sun Bursts. The Enigma of Schizophrenia*, Yale University Press, New Haven; tr. it. *Quando il sole esplode. L'enigma della schizofrenia*, Raffaello Cortina, Milano 2016.
- Bondi, A. (a cura di)
2012 *Percezione, semiosi e socialità del senso*, Mimesis, Roma.
- Bondi, A.
2022 *Semiogenesi. Forme, figure e motivi dell'espressione*, Duetredue edizioni, Carlentini.
- Borges, J.L.
1952 *Otras Inquisiciones (1937-1952)*, Sur, Buenos Aires; tr. it. *Altre inquisizioni*, ora in J.L. Borges, *Tutte le opere*, a cura di D. Porzio e H. Lyria, vol. 1, Mondadori, Milano, pp. 905-1093.
- Borgna, E.
1995 *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*, Feltrinelli, Milano.
2019 *La follia che è anche in noi*, Einaudi, Torino.
- Bourdieu, P.
1980 *Le sens pratique*, Les Editions de Minuit, Paris.
- Boyd, K. - Heney, D.
2017 *Peirce on Intuition, Instinct, & Common Sense*, «European Journal of Pragmatism and American Philosophy», IX-2, 2017, <http://journals.openedition.org/ejppap/1035>.
- Boyle, M.
1990 *Schizophrenia: A Scientific Delusion?*, Routledge, London.
- Brüne, M. - Schaub, D.
2012 *Mental State Attribution in Schizophrenia: What Distinguishes Patients With 'Poor' from Patients With 'Fair' Mentalizing Skills?*, «European Psychiatry», 27, pp. 358-364.
- Bucca, A.
2013 *Lingue e linguaggi delle psicosi. Usi linguistici schizofrenici e paranoici*, «NEA SCIENCE», 2, pp. 60-65.
2014 *Schizofasia, verbigerazione, glossolalia. Il corpo e il senso nelle 'lingue' schizofreniche*, in A. Falzone, S. Nucera, F. Parisi (a cura

- di), *Le ragioni della natura. La sfida teorica delle scienze della vita*, Corisco Edizioni, Messina, pp. 155-167.
- 2020 *Il discorso schizofrenico. Verbigerazione, fraintendimenti, fallimenti comunicativi*, «Reti, saperi, linguaggi. Italian Journal of Cognitive Sciences», 2, 2020, pp. 365-380.
- Bühler, K.
1934 *Sprachtheorie. Die Darstellungsfunktion der Sprache*, G. Fischer, Jena; tr. it. *Teoria del linguaggio. La funzione rappresentativa del linguaggio*, Armando Editore, Roma.
- Burns, J.
2006 *The Social Brain Hypothesis of Schizophrenia*, «World Psychiatry», 5, pp. 77-81.
- Cacchione, A.
2012 *Se questo è un testo: coerenza e coesione nel parlato schizofrenico*, in F.M. Dovetto, M. Gemelli (a cura di), *Il parlar matto. Schizofrenia tra fenomenologia e linguistica: Il corpus CIPPS*, Aracne, Roma, pp. 185-219.
- Callieri, B.
1982 *Quando vince l'ombra*, Città Nuova, Roma.
- Canetti, E.
1976 *Das Gewissen der Wrote*, Carl Hanser Verlag, München; tr. it. *Il potere delle parole*, Adelphi, Milano 1984.
- Canguilhem, G.
1966 *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris; tr. it. *Il normale e il patologico*, Einaudi, Torino 1998.
- Cardella, V.
2011 *Lettere dal Mandalari. Linguaggi e modi della follia tra filosofia e scienze cognitive*, EDAS, Messina.
2013 *Perdersi nei giochi linguistici. Schizofrenia, Filosofia del linguaggio e Scienze Cognitive*, Corisco Edizioni, Messina.
2017 *Language and schizophrenia: Perspectives from Psychology and Philosophy*, Routledge, London.
- Cardella, V. - Falzone, A.
2021 *The Dark Side of Language*, in V. Cardella, A. Gangemi (eds), *Psychopathology and Philosophy of Mind*, Routledge, New York, pp. 191-213.
- Cardella, V. - Gangemi, A.
2018 *La logica della follia. Razionalità e irrazionalità nella psicopatologia*, Corisco Edizioni, Messina.
- Cardella, V., Gangemi, A. (eds)
2021 *Psychopathology and Philosophy of Mind*, Routledge, New York, pp. 191-213.

- Cargnello, D.
 1977 *Alterità o alienità*, Feltrinelli, Milano, II ed. ampliata (ed. Rivista e ampliata, a cura di M. Rossi Monti, Giovanni Fioriti Editore, Roma 2010).
- 2010 *Ludwig Binswanger e il problema della schizofrenia*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Carpenter, W.T., Buchanan, R.W.
 1995 *Schizophrenia: Introduction and Overview*, in H.I. Kaplan, B.J. Saddock (eds), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Williams and Wilkins, Baltimore (MD).
- Chaika, E.
 1974 *A Linguist Looks at 'Schizophrenic' Language*, «Brain and Language», 1, pp. 257-276.
- Clark, A.
 1997 *Being there*, MIT Press, Cambridge (MA)-London.
 2008 *Supersizing the Mind*, Oxford University Press, Cambridge (MA).
- Colombetti, G.
 2013 *Psychopathology and the Enactive Mind*, in K.W.M. Fulford, M. Davies, R.G.T. Gipps, G. Graham et al. (eds), *International Perspectives in Philosophy and Psychiatry. The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, pp. 1083-1102.
- Cometa, M.
 2017 *Perché le storie ci aiutano a vivere: la letteratura necessaria*, Raffaello Cortina, Milano.
- Cooper, D.
 1967 *Psychiatry and Antipsychiatry*, Tavistock Publications, London; tr. it. *Psichiatria e antipsichiatria*, Armando, Roma 1969.
- Coquet, J.C.
 2007 *Physis et Logos. Une phénoménologie du langage*, Presses Universitaires de Vincennes, Paris; tr. it. *Le istanze enuncianti. Fenomenologia e semiotica*, Mondadori, Milano 2008.
- Corballis, M.
 2002 *From Hand to Mouth. The Origins of Language*, Princeton University Press, Princeton (NJ); tr. it. *Dalla mano alla bocca. Le origini del linguaggio*, Cortina, Milano 2008.
- Corbellini, G. - Jervis, G.
 2008 *La razionalità negata: Psichiatria e antipsichiatria in Italia*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Corcoran, R., - Frith, C.D.
 1996 *Conversational Conduct and the Symptoms of Schizophrenia*, «Cognitive Neuropsychology», 1, pp. 305-318.

- Covington, M.A. - He, C. - Brown, C. - Naçi, L. et al.
 2005 *Schizophrenia and the Structure of Language: the Linguist's View*, «Schizophrenia Research», 77, 1, pp. 85-98.
- Crow, T.J.
 1985 *The Two-syndrome Concept: Origins and Current Status*, «Schizophrenia Bulletin», 11, 3, 1985, pp. 471-488.
 2000 *Schizophrenia as the Price that Homo Sapiens Pays for Language: a Resolution of the Central Paradox in the Origin of the Species*, «Brain research reviews», 31, 2-3, pp. 118-129.
- Cusinato, G.
 2018 *The Modus Vivendi of Persons with Schizophrenia: Valueception Impairment and Phenomenological Reduction*, in J. Cutting, G. Cusinato (eds), *Psychopathology and Philosophy in Relation to the Existence of Human Being*, «Thaumazein – Rivista di Filosofia», pp. 78-92.
- Cutting, J.
 1985 *Principles of Psychopathology. Two Worlds - Two Minds - Two Hemispheres*, Oxford University Press, New York.
 1999 *Morbid Objectivization in Psychopathology*, «Acta Psychiatr Scand», 1999, 99 (Suppl.), pp. 30-33.
 2019 *Thought, Speech, and Language Disorders*, in G. Stanghellini, M. Broome, A. Raballo et al. (eds), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, Oxford University Press, New York.
- Cutting, J., - Murphy, D.
 1988 *Schizophrenic Thought Disorder: a Psychological and Organic Interpretation*, «British Journal of Psychiatry», 152, pp. 310-319.
- Davidson, L.
 2003 *Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*, New York University Press, New York.
- De Haan, S.
 2020 *Enactive Psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge.
- De Haan, S. - Fuchs, T.
 2010 *The Ghost in the Machine: Disembodiment in Schizophrenia – Two Case Studies*, «Psychopathology», 2010, 43, pp. 327-333.
- De Jaegher, H. - Di Paolo, E.
 2007 *Participatory Sense-Making: An Enactive Approach to Social Cognition*, «Phenomenology and the Cognitive Sciences», 6, 4, pp. 485-507.
- De Mauro, T.
 1982 *Minisemantica dei linguaggi non verbali e delle lingue*, Laterza, Roma-Bari.

- De Palo, M.
2016 *Saussure e gli strutturalismi. Il soggetto parlante nel pensiero linguistico del Novecento*, Carocci, Roma.
- Deacon, T.
1997 *The Symbolic Species. The Co-evolution of Language and the Brain*, Norton & Company, New York; tr. it. *La specie simbolica. Coevoluzione di linguaggio e cervello*, Fioriti, Roma 2001.
- Deleuze, G.
1969 *Logique du sens*, Les editions de Minuit, Paris; tr. it. *Logica del senso*, Feltrinelli, Milano.
- Deleuze, G. - Guattari, F.
1972 *L'Anti-Edipe*, Les editions de Minuit, Paris.
1980 *Mille plauteaux. Capitalisme et schizophrénie 2*, Les editions de Minuit, Paris; tr. it. *Mille piani. Capitalismo e schizofrenia*, Orthotes, Napoli-Salerno 2017.
- Dema, B.
2021 *La lingua nella storia della psichiatria moderna e contemporanea. Da Pinel agli anni Duemila*, Mimesis, Milano-Udine.
- DeMare, N.
2016 *Exaggerations and Stereotypes of Schizophrenia in Contemporary Films*, «Elon Journal of Undergraduate Research in Communications», 7, 1.
- Derntl, B. - Finkelmeyer, A. - Toygar, T.K. et al.
2009 *Generalized Deficit in all Core Components of Empathy in Schizophrenia*, «Schizophrenia Research», 108, pp. 197-206.
- Derrida, J.
1967 *L'écriture e la difference*, Editions du Seuil, Paris; tr. it. *La scrittura e la differenza*, Einaudi, Torino 1990.
- Devereux, G.
1939 *A Sociological Theory of Schizophrenia*, «Psychoanalytic Review», 26, 1939, pp. 315-342; tr. it. *Una teoria sociologica della schizofrenia*, in *Saggi di Etnopsichiatria generale*, Armando, Roma 1978, pp. 215-244.
1965 *Les origines sociales de la schizophrénie*, «L'information psychiatrique», 41, 1965, pp. 783-799; tr. it. *La schizofrenia come psicosi etnica o la schizofrenia senza lacrime*, in *Saggi di Etnopsichiatria generale*, Armando, Roma 1978, pp. 245-268.
- Di Paolo E. - Cuffari, E. - De Jaegher, H.
2018 *Linguistic Bodies. The Continuity Between Life and Language*, The MIT Press, Cambridge (MA).
- Di Petta, G. - Rossi Monti, M.
2018 *The Italian School of Phenomenological Psychopathology: Roots, Developments, Contemporary Relevance*, in J. Cutting, G. Cusinato

- (eds), *Psychopathology and Philosophy in Relation to the Existence of Human Being*, «Thaumàzein – Rivista di Filosofia», pp. 180-202.
- Dinan, T.
1999 *Schizophrenia: Illness, Stigma and Misconceptions*, «Irish Journal of Psychological Medicine», 16, 1, pp. 3-4.
- Dodds, E.
1951 *The Greeks and the Irrational*, University of California Press, Berkeley; tr. it. *I greci e l'irrazionale*, BUR, Milano 2009.
- Dovetto, M.F.
2014 *Schizofrenia e deissi*, «Studi e Saggi Linguistici», LII, pp. 101-132.
2015 *Uso delle parole nella schizofrenia*, in L. Mariottini (a cura di), *Identità e discorsi. Studi offerti a Franca Orletti*, Roma Tre-Press, Roma, pp. 161-174, <http://ojs.romatrepress.uniroma3.it/index.php/orletti>.
- Dovetto, M.F. - Gemelli M. (eds)
2012 *Il parlar matto. Schizofrenia tra fenomenologia e linguistica: Il corpus CIPPS*, Aracne, Roma.
- Eco, U.
1973 *Il costume di casa*, Bompiani, Milano.
1975 *Trattato di Semiotica Generale*, Bompiani, Milano.
1979 *Lector in fabula*, Bompiani, Milano.
1983 *L'Antiporfirio*, n G. Vattimo, P.A. Rovatti (a cura di), *Il pensiero debole*, Feltrinelli, Milano, pp. 52-80.
1984 *Semiotica e filosofia del linguaggio*, Bompiani, Milano.
1990 *I limiti dell'interpretazione*, Bompiani, Milano.
1992 *Interpretation and Overinterpretation*, con R. Rorty, J. Culler, C. Brooke-Rose, a cura di S. Collini, Cambridge University Press, Cambridge; tr. it. *Interpretazione e sovrainterpretazione*, Bompiani, Milano 1995.
1994 *Six Walks in the Fictional Woods*, Harvard University Press, Cambridge (MA); tr. it. *Sei passeggiate nei boschi narrativi*, Milano, Bompiani.
1997 *Kant e l'ornitorinco*, Bompiani, Milano.
2003 *Dire quasi la stessa cosa. Esperienze di traduzione*, Bompiani, Milano.
2007 *Dall'albero al labirinto. Studi storici sul segno e sull'interpretazione*, Bompiani, Milano.
- Fabbri, P.
1990 *Il significante del mondo. Le passioni del discorso*, «Carte semiotiche», 7, giugno 1990, pp. 28-37; ora in P. Fabbri, G. Marrone (a cura di), *Semiotica in nuce*, vol. II, *Teoria del discorso*, Meltemi, Milano, 2001, pp. 328-335.
1998 *La svolta semiotica*, Laterza, Roma-Bari.

- 2005 *Nascita della clinica: dalla fenomenologia alla semiotica*, in Marrone 2005, pp. 26-34.
- 2012 *Natura, naturalismo, ontologia: in che senso? Conversazione con Gianfranco Marrone*, in G. Marrone (a cura di), *Semiotica della natura*, Mimesis, Milano-Udine, pp. 25-40.
- 2017 *L'efficacia semiotica. Risposte e repliche*, Mimesis, Milano-Udine.
- Fabbrichesi, R.
- 1993 *Introduzione a Peirce*, Laterza, Roma-Bari.
- 2004 *Peirce and Wittgenstein on Common Sense*, «Cognitio», 5, 2, pp. 180-193.
- Falzone, A.
- 2004a *Schizofrenia e linguaggio*, in A. Pennisi, A. Bucca, A. Falzone (a cura di), *Trattato di psicopatologia del linguaggio*, EDAS, Messina.
- 2004b *Filosofia del linguaggio e psicopatologia evoluzionista*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- Famiani, I.
- 2001 *La psicopatologia del linguaggio: storia e stato dell'arte*, in A. Pennisi, R. Cavalieri (a cura di), *Patologie del linguaggio e scienze cognitive*, il Mulino, Bologna, pp. 195-244.
- Ferri, F. - Costantini, M. - Salone, A. - Ebisch, S. et al.
- 2014 *Binding Action and Emotion in First-Episode Schizophrenia*, «Psychopathology», 2014, 47, 6, pp. 394-407.
- Festi G.
- 2005 *La significazione sintomatica nella psicopatologia, tra cultura e pratica clinica*, in Marrone 2005, pp. 222-227.
- Flexer, M.J.
- 2016 *The Schizophrenic Signs: a Dialectic of Semiotics and Schizophrenia*, Ph.D. Thesis, School of English and Institute of Health Sciences, University of Leeds, Leeds.
- Fontanille, J.
- 1998 *Sémiotique du discours*, PULIM, Paris.
- 2004 *Soma e séma. Figures du corps*, Maisonneuve & Larose, Paris; tr. it. *Figure del corpo*, Meltemi, Roma.
- 2008 *Pratiques Sémiotiques*, PUF, Paris; tr. it. *Pratiche semiotiche*, ETS, Pisa, 2010.
- 2015 *Forms de vie*, Presses Universitaires de Liège, Liège.
- Foot, J.
- 2014 *La «Repubblica dei matti». Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia. 1961-1978*, Feltrinelli, Milano.
- Fotia, F.
- 2021 *Disturbances of Multisensory Processing in Schizophrenia Spectrum Disorders: a Behavioural and Neurophysiological Account*, Ph.D. Thesis, University of Essex, January 2021.

- Foucault, M.
- 1961 *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Ploin, Paris; tr. it., *Storia della follia in età classica*, a cura di Mario Galzigna, BUR, Milano 2019°.
- 1962 *Maladie mentale et psychologie*, Presses Universitaires de France, Paris; tr. it. *Malattia mentale e psicologia*, a cura di Fabio Polidori, Raffaello Cortina, Milano 1993.
- 1966 *Les Mots et les Choses. Une archéologie des sciences humaines*, Éditions Gallimard, Paris; tr. it. *Le parole e le cose*, a cura di Emilio Panaitescu, BUR, Milano 1967.
- Freud S.
- 1911 *Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides)*, in *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*. III, 1. Hälfte. Franz Deuticke, Leipzig-Wien 1911; tr. it. *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente (Caso clinico del presidente Schreber)*, 1910, in S. Freud, *Opere VI 1909-1912. Casi clinici e altri scritti*, Bollati Boringhieri, Torino 1974, pp. 335-408.
- 1915 *Das Unbewusste*, «Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse», 3, 4, pp. 189-203; tr. it. *L'inconscio*, in S. Freud, *Opere VIII, 1915-1917. Introduzione alla psicanalisi e altri scritti*, Bollati Boringhieri, Torino 1976, pp. 49-88.
- 1924 *Der realitätsverlust bei neurose und psychose*, «Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse», 10, 4, pp. 374-379; tr. it. *L'inconscio*, in S. Freud, *Opere X, 1915-1917. Inibizione, Sintomo e Angoscia e altri scritti*, Bollati Boringhieri, Torino 1978, pp. 35-43.
- Frith, C.D.
- 1992 *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale (NJ); tr. it. *Neuropsicologia Cognitiva della schizofrenia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1995.
- 2004 *Schizophrenia and theory of mind*, «Psychological Medicine», 34, pp. 385-389.
- Frith, C.D. - Johnstone, E.
- 2003 *Schizophrenia: a very short introduction*, Oxford University Press, Oxford; tr. it. *Schizofrenia*, LeScienze, Roma 2019.
- Frith, U.
- 2003 *Autism: Explaining the Enigma*, Blackwell Publishing, New York.
- Froese, T., - Krueger, J.
- 2020 *Lost in the Socially Extended Mind: Genuine Intersubjectivity and Disturbed Self-Other Demarcation in Schizophrenia*, in C. Tewes, G. Stanghellini (eds), *Time and Body: Phenomenological and Psychopathological Approaches*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 318-340.

- Froese, T. - Stanghellini, G. - Bertelli, M.O.
 2013 *Is it Normal to Be a Principal Mindreader? Revising Theories of Social Cognition on the Basis of Schizophrenia and High Functioning Autism-Spectrum Disorders*, «Research in developmental disabilities», 34, 5, pp. 1376-1387.
- Fromkin, V.A.
 1975 *A Linguist Looks at 'Schizophrenic Language'*, «Brain and Language», 2, 4, pp. 498-503.
- Fuchs, T.
 2005 *Corporealized and Disembodied Minds: A Phenomenological View of the Body in Melancholia and Schizophrenia*, «Philosophy, Psychiatry, & Psychology», 12, 2, pp. 95-107.
 2009 *Embodied Cognitive Neuroscience and its Consequences for Psychiatry*, «Poiesis and Praxis», 6, 3-4, pp. 219-233.
 2010 *The Psychopathology of Hyper-reflexivity*, «The Journal of Speculative Philosophy», 24, 3, pp. 239-255.
 2012 *Are Mental Illnesses Diseases of the Brain?*. In S. Choudhury, J. Slaby (eds), *Critical Neuroscience: A Handbook of the Social and Cultural Contexts of Neuroscience*, Wiley-Blackwell, pp. 331-344.
 2015 *Pathologies of Intersubjectivity in Autism and Schizophrenia*, «Journal of Consciousness Studies», 22, 1-2, 2015, pp. 191-214.
 2017 *The Human 'As-If'-Function and its Loss in Schizophrenia*, in M. Summa, T. Fuchs, L. Vanzago, *Imagination and Social Perspectives*, Routledge, New York.
 2018 *Ecology of the Brain. The Phenomenology and Biology of the Embodied Mind*, Oxford University Press, New York.
- Fusaroli, R. - Gangopadhyay, N. - Tylénab, K.
 2014 *The Dialogically Extended Mind: Language as Skillful Intersubjective Engagement*, «Cognitive Systems Research», 29-30, September 2014, pp. 31-39.
- Fusaroli, R. - Granelli, T. - Paolucci, C. (eds)
 2011 *The External Mind. Perspectives on Semiosis, Distribution and Situation in Cognition*, «Versus – Quaderni di Studi Semiotici», 112-113, gennaio-dicembre 2011.
- Galimberti, U.
 1979 *Psichiatria e Fenomenologia*, Feltrinelli, Milano (VI ed. riveduta e ampliata, 2019).
- Gallagher, S.
 2004 *Neurocognitive Models of Schizophrenia: a Neurophenomenological Critique*, «Psychopathology», 2004, Jan-Feb, 37, 1, pp. 8-19.
 2005 *How the Body Shapes the Mind*, Oxford University Press, Cambridge (MA).

- 2013 *Intersubjectivity and Psychopathology*, in *Oxford Handbook of Philosophy of Psychiatry*, B. Fulford, M. Davies, G. Graham et al. (eds), Oxford University Press, Oxford, pp. 258-274.
- 2017 *Enactivist Interventions. Rethinking the Mind*, Oxford University Press, New York.
- 2019 *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, in *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, a cura di G. Stanghellini, M. Broome, A.V. Fernandez, P. Fusar-Poli et al., Oxford University Press, Oxford, p. 14.
- 2020 *Action and Interaction*, Oxford University Press, Oxford.
- Gallagher, S. - Hutto, D.D.
 2008 *Understanding Others Through Primary Interaction and Narrative Practice*, in J. Zlatev, T.P. Racine, C. Sinha, E. Itkonen (eds), *The Shared Mind: Perspectives on Intersubjectivity*, John Benjamins, Amsterdam pp. 17-38.
- Gallagher, S. - Varga, S.
 2015 *Social Cognition and Psychopathology: a Critical Overview*, «World Psychiatry», 14, 1, pp. 5-14.
- Gallagher, S. - Zahavi, D.
 2008 *The Phenomenological Mind: An Introduction to Philosophy of Mind and Cognitive Science*, Routledge, London.
- Gallese, V.
 2001 *The 'shared manifold' hypothesis: From Mirror Neurons to Empathy*, «Journal of Consciousness Studies», 8, 5-7, pp. 33-50.
 2003 *The Roots of Empathy: The Shared Manifold Hypothesis and the Neural Basis of Intersubjectivity*, «Psychopathology», 36, pp. 171-180.
- Gallese, V. - Ferri, F.
 2014 *Psychopathology of the Bodily Self and the Brain: The Case of Schizophrenia*, «Psychopathology», 47.
 2015 *Schizophrenia, Bodily Selves, and Embodied Simulation*, in P.F. Ferrari e G. Rizzolatti (eds), *New Frontiers in Mirror Neurons Research*, Oxford University Press, Oxford, pp. 348-365.
- Gallese, V. - Ferroni, F.
 2023 *Social Bodily Self: Conceptual and Psychopathological Considerations*, in A. J. T. Smith and M. Longo (eds), *The Routledge Handbook of Bodily Awareness*, Routledge, London-New York, pp. 523-541.
- Gallese, V. - Ardizzi, M. - Ferroni, F.
 2024 *Schizophrenia and the Bodily Self*, «Schizophrenia Research», 269, pp. 52-162.
- Galofaro, F.
 2019 *Alla ricerca delle condizioni di possibilità del Soggetto*, «Actes Sémiotiques», 122, 2019, pp. 1-20.

- Galzigna, M.
2011 *Introduzione*, in Id., (a cura di), *Storia della follia in età classica*, BUR, Milano, pp. 1-35.
- Garrabé, J.
1992 *Histoire de la Schizophrénie*, Éditions Seghers, Paris; tr. it. *Storia della schizofrenia*, a cura di M. Alessandrini, Edizioni Scientifiche, Roma.
- Geekie, J. - Read, J.
2009 *Making Sense of Madness Contesting the Meaning of Schizophrenia*, Routledge, New York.
- Ghaemi, S.N.
2012 *Taking Disease Seriously: Beyond "Pragmatic" Nosology*, in E. Kant (ed.), *Anthropology from a Pragmatic Point of View*, Cambridge University Press, New York.
- Goffman, E.
1961 *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patient and Other Inmates*, Anchor Books, New York; tr. it. *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, a cura di F. Basaglia e F. Ongaro Basaglia, Einaudi, Torino 1968.
- Gold, J. - De Girolamo, G. - Brambilla, L. - Cappa, S. et al.
2002 *Schizofrenia e funzioni cognitive: una revisione critica della letteratura*, «Rivista di psichiatria», 37, 1.
- Gottesman, I.I.
1991 *Schizophrenia Genesis*, W.H. Freeman, New York.
- Green, M.F.
2001 *Schizophrenia Revealed: From Neurons to Social*, W. W. Norton & Company, Inc., New York.
- Greimas, A.J.
1966 *Sémantique structurale: Recherche de méthode*, Larousse, Marseille; tr. it. *Semantica Strutturale*, Meltemi, Roma.
- 1970 *Du sens*, Seuil, Paris; tr. it. *Del senso*, Bompiani, Milano.
- Greimas, A.J. - Courtés, J.
1979 *Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage*, Hachette, Paris; tr. it. *Semiotica. Dizionario ragionato di teoria del linguaggio*, a cura di P. Fabbri, Mondadori, Milano 2007.
- Greimas, A.J. - Fontanille, J.
1991 *Sémiotique des passions. Des états de choses aux états d'âme*, Éditions de Seuil, Paris; tr. it. *Semiotica delle passioni. Dagli stati di cose agli stati d'animo*, a cura di F. Marsciani, I. Pezzini, Bompiani, Milano 1996.
- Grice, H.P.
1975 *Logic and Conversation*, in P. Cole, J. L. Morgan (eds), *Syntax and Semantics III: Speech Acts*, Academic Press, New York.

- Guidorizzi, G.
2010 *Ai confini dell'anima. I greci e la follia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Gwarjanski, A.R. - Parrott, S.
2018 *Schizophrenia in the News: The Role of News Frames in Shaping Online Reader Dialogue about Mental Illness*, «Health communication», 33, 8, pp. 954-961.
- Harrod, J.B.
1986 *Schizophrenia as a semiotic disorder*, «Schizophrenia Bulletin», 12, pp. 12-13.
- Henriksen, M.G.
2013 *On Incomprehensibility in Schizophrenia*, «Phenomenology and the Cognitive Sciences», 12, 1, pp. 105-129.
- Henriksen, M.G. - Nilsson, L.S.
2017 *Intersubjectivity and Psychopathology in the Schizophrenia Spectrum: Complicated We, Compensatory Strategies, and Self-Disorders*, «Psychopathology», 2017, 50, pp. 321-333.
- Henriksen, M.G. - Englander, M. - Nordgaard, J.
2021 *Methods of Data Collection in Psychopathology: the Role of Semi-Structured, Phenomenological Interviews*, «Phenomenology and the Cognitive Sciences», pp. 1-22.
- Hinshenwoold, R.D.
2004 *Suffering Insanity, Psychoanalytic Essay on Psychosis*, Brunner-Routledge, Hove-New York.
- Hinzen, W. - Rosselló, J.
2015 *The Linguistics of Schizophrenia: Thought Disturbance as Language Pathology Across Positive Symptoms*, «Frontiers in Psychology», 6, 971.
- Hipólito, I.
2016 *The Phenomenology of the Intersubjective Impairment*, «J Eval Clin Pract», 2016 Aug, 22, 4, pp. 608-614.
- Hipólito, I. - Martins, J.
2018 *A Second-Person Model to Anomalous Social Cognition*, in J. Gonçalves, J.G. Pereira, I. Hipólito (eds), *Studies in Brain and Mind*, Springer Verlag, Berlin, pp. 55-69.
- Hipólito, I. - Gonçalves, J. - Pereira, J. (Eds)
2018 *Schizophrenia and Common Sense. Explaining the Relation Between Madness and Social Values*, Springer, New York.
- Hjelmslev, L.
1985 *Nowveaux Essais*, PUF, Paris.
- Hobson, P.
2002 *The Cradle of Thought*, Macmillan Education, Washington.

- Husserl, E.
 1924 *Erste Philosophie (1923/24). Zweiter Teil: Theorie der phänomenologischen Reduktion*, ed. by R. Boehm, Martinus Nijhoff, Den Haag 1959; tr. it. *Filosofia prima: Teoria della riduzione fenomenologica*, introduzione e cura di V. Costa, Rubbettino, Soveria Mannelli 2007.
 1936 *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie: Ergänzungsband. Texte aus dem Nachlass 1934-1937*, ed. by R. N. Smid, Kluwer Academic, Dordrecht 1993; tr. it. *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale: introduzione alla filosofia fenomenologica*, a cura di W. Biemel, trad. di E. Filippini, il Saggiatore, Milano 1961.
- Hutto, D.D.
 2008 *Folk Psychological Narratives: The Sociocultural Basis of Understanding Reasons*, MIT Press, Cambridge-London.
 2013 *Intersubjective Engagements Without Theory of Mind: a Cross-Species Comparison*, in A. Lanjouw, R. Corbey (eds), *Apes and Humans: Rethinking the Species Interface*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 126-140.
- Hutto, D.D. - Myin, E.
 2012 *Radicalizing Enactivism: Basic Minds Without Content*, MIT Press, Cambridge-London.
- Hyler, S. - Gabbard, G. - Schneider, I.
 1991 *Homicidal Maniacs and Narcissistic Parasites: Stigmatization of the Mentally Ill Persons in Movies*, «Hospital and Community Psychiatry», 42, pp. 1044-1048.
- Insel, T.C.
 2010 *Research Domain Criteria (RDoC): Toward a New Classification Framework for Research on Mental Disorders*, «American Journal of Psychiatry», 167, pp. 748-751.
- Irigaray, L.
 1985 *Parler n'est jamais neutre*, Éditions de Minuit, Paris; tr. it. *Parlare non è mai neutro*, Editori Riuniti, Roma 1991.
- Jansson, L.B. - Parnas, J.
 2007 *Competing Definitions of Schizophrenia: What Can Be Learned from Polydiagnostic Studies?*, «Schizophrenia Bulletin», 33, 5, pp. 1178-1200.
- Jaspers, K.
 1913-59 *Allgemeine Psychopathologie*, Springer Verlag, Berlin; tr. it. *Psicopatologia generale*, Il pensiero scientifico, Roma 1964.
- Jaynes, J.
 1976 *The Origin of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind*, Mariner Books, Boston.

- Johnson, A.
 2012 *I Should Be Included in the Census*, «Schizophrenia Bulletin», 38, pp. 207-208.
- Jung, G.
 1907 *Über die Psychologie der Dementia praecox: ein Versuch*, Verlagsbuchhandlung Carl Marhold, Halle; tr. it. *Psicologia della dementia praecox*, in *Opere III*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Kadri, N. - Sartorius, N.
 2005 *The Global Fight Against the Stigma of Schizophrenia*, «PLoS medicine», 2, 7, 136.
- Knapp, M. - Mangalore, R. - Simon, J.
 2004 *The Global Costs of Schizophrenia*, «Schizophrenia Bulletin», 30, pp. 279-293.
- Koike, S. - Yamaguchi, S. - Ojio, Y. - Ohta, K. - Ando, S.
 2016 *Effect of Name Change of Schizophrenia on Mass Media Between 1985 and 2013 in Japan: A Text Data Mining Analysis*, «Schizophrenia Bulletin», 42, 3, pp. 552-559.
- Kraepelin, E.
 1896 *Psychiatrie ein lehrbuch für studierende und ärzte*, 5 Aufl., J. Barth, Leipzig; partial Eng. Trans., *Dementia Praecox*, in J. Cutting, M. Shepherd (eds.), *The Clinical Roots of the Schizophrenia Concept*, Cambridge University Press, Cambridge (UK) 1987, pp. 13-24.
 1899 *Psychiatrie ein lehrbuch für studierende und ärzte*, 6 Aufl., J. Barth, Leipzig.
 1904 *Psychiatrie ein lehrbuch für studierende und ärzte*. 7 Aufl. J. Barth., Leipzig; tr. it., *Trattato di psichiatria / Emilio Kraepelin; traduzione sulla VII edizione originale per il dott. Guido Guidi*, a cura di A. Tamburini, Vallardi, Milano 1930.
- 1908-13 *Psychiatrie ein lehrbuch für studierende und ärzte*, 8 Aufl., J. Barth., Leipzig.
- Kraus, A.
 2002 *Schizophrénie et role social*, in D. Pringuey, F. Samy Kohl (eds), *Phénoménologie de l'identité humaine et schizophrénie*, «L'Art du comprendre», 63-69.
- Kuperberg, G.R.
 2010 *Language in Schizophrenia Part 1: An Introduction*, «Language and Linguistics Compass», 4, pp. 576-589.
- Kuperman, V. - Zislin, J.
 2005 *Semiotic Perspective of Psychiatric Diagnosis*, «Semiotica», 155, 1, pp. 1-13.
- La Mantia, F.
 2012 *Che senso ha? Polisemia e attività di linguaggio*, Mimesis, Milano.

- La Mantia, F.
2020 *Seconda persona. Enunciazione e psicoanalisi*, Quodlibet, Macerata.
- Lacan, J.
1981 *Le Séminaire. Livre III. Les Psychoses. 1955-1956*, Seuil, Paris.
- Laing, R. D.
1960 *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*, Penguin, Harmondsworth; tr. it. *L'io diviso*, a cura di M. Rossi Monti, Einaudi, Torino 2010.
- 1967 *The Politics of Experience and the Bird of Paradise*, Penguin, Harmondsworth; tr. it. *Le Politiche dell'esperienza e l'Uccello del Paradiso*, Feltrinelli, Milano 1968.
- 1968 *Metanoia: Some Experiences at Kingsley Hall, London*, in «Recherches special enfance aliéné», II, Dicembre, 1968.
- Lakoff, G. - Johnson, M.
1999 *Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and its Challenges to Western Thought*, Basic Books, New York.
- Landowski, E.
1989 *La société réfléchie: Essais de socio-sémiotique*, Seuil, Paris; tr. it. *La società riflessa. Saggi di sociosemiotica*, Meltemi, Roma 1999.
- 2005 *Les interactions risquées*, PULIM Université de Limoges, Limoges; tr. it. *Rischiare nelle interazioni*, FrancoAngeli, Milano 2010.
- Langdon, R. - Coltheart, M.
2004 *Recognition of Metaphor and Irony in Young Adults: the Impact of Schizotypal Personality Traits*, «Psychiatry Research», 125, pp. 9-20.
- Langdon, R. - Coltheart, M. - Ward, P.B. - Catts, S.V.
2002 *Disturbed Communication in Schizophrenia: the Role of Poor Pragmatics and Poor Mindreading*, «Psychological Medicine», 32, 1, pp. 1273-1284.
- Latour B.
1996 *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux faitiches*, Synthélabo Groupe, Paris; tr. it. *Il culto moderno dei fatticci*, a cura di C. Paciolla, Meltemi, Roma.
- Lindstrom, E.
1996 *The Hidden Cost of Schizophrenia*, «Journal of Drug Development and Clinical Practice», 7, pp. 281-288.
- Lo Piparo, F.
2001 *Sulla linguisticità della schizofrenia*, in A. Pennisi, R. Cavalieri (a cura di), *Patologie del linguaggio e scienze cognitive*, il Mulino, Bologna, pp. 327-345.
- Lobaccaro, L.
2022a *Ai confini del senso. La schizofrenia tra semiotica, psicopatologia e scienze cognitive* [Dissertation thesis], Alma Mater Studiorum

- Università di Bologna. Dottorato di ricerca in Philosophy, science, cognition, and semiotics (pscs), 34 Ciclo. DOI 10.48676/uni-bo/amsdottorato/10237.
- 2022b *Default Mode Network, Schizophrenia, and Narrativity. Comments on Psychopathology of Language*, «Reti, saperi, linguaggi – Italian Journal of Cognitive Science», 2, 2022, pp. 285-314.
- 2022c *La semiotica cognitiva in Italia. Genesi, diramazioni, evoluzioni*, in *Cura del senso e critica sociale. Ricognizione della semiotica italiana*, Mimesis, Milano-Udine, pp. 61-94.
- 2023a *Il nome della sfinge: un contributo semiotico al dibattito sul termine 'schizofrenia'*, «Rivista italiana di filosofia del linguaggio», ottobre 2023, pp. 152-164.
- 2023b *Iste ego sum. Specchi, materialità ed enunciazione*, «E/C», 2023, 38, pp. 45-55.
- Lobaccaro, L. - Bacaro, M.
2021 *What is in the Mirror? On Mirror Self-Recognition, Semiotics and Material Engagement*, «Reti, saperi, linguaggi – Italian Journal of Cognitive Science», 1, 2021, 10, pp. 103-124.
- Lorusso, A.M.
2010 *Semiotica della cultura*. Laterza, Roma-Bari.
- 2015 *L'abito in Peirce. Una teoria non sociologica per la semiotica della cultura*, «Rivista italiana di filosofia del linguaggio», 1, 2015, pp. 270-281.
- 2019 *Per una semiotica delle soggettività collettive*, «Rivista italiana di filosofia del linguaggio», 1, 2019, pp. 89-100.
- 2020 *Prassi enunciativa ed enunciazione tout court: sinonimia o divergenza?*, in S. Gensini, A. Prato (a cura di), *I segni fra teoria e storia per Giovanni Manetti*, ETS, Pisa, pp. 249-256.
- 2021 *The Good Sense of Umberto Eco and the Common Sense of the Echian Encyclopaedia*, «Semiotica», 2021, 241, pp. 29-44.
- 2022 *L'utilità del senso comune*, il Mulino, Bologna.
- Lotman, J.M.
1985 *La Semiosfera*, Marsilio, Venezia.
- Lysaker, P.H. - Lysaker, J.T.
2008 *Schizophrenia and the Fate of the Self*, Oxford University Press, Cambridge (MA).
- MacDonald, A.W. - Shulz, S. C.
2009 *What We Know: Findings that Every Theory of Schizophrenia Should Explain*, «Schizophrenia Bulletin», 35, 3, pp. 493-508.
- Magliano, L. - Read, J. - Marassi, R.
2011 *Metaphoric and Non-Metaphoric Use of the Term "Schizophrenia" in Italian Newspapers*, «Social psychiatry and psychiatric epidemiology», 46, 10.

- Marcellusi, A. - Fabiano, G. - Viti, R. - Francesa Morel, P.C. *et al.*
 2018 *Economic Burden of Schizophrenia in Italy: a Probabilistic Cost of Illness Analysis*, «BMJ Open», Feb 8, 8, 2.
- Marrone, G.
 2005a *Introduzione*, in G. Marrone (a cura di), *Il discorso della salute. Verso una sociosemiotica medica*, Meltemi, Roma, pp. 9-16.
 2005b *La cura Ludovico: sofferenze e beatitudine di un corpo sociale*, Einaudi, Torino.
- Marrone, G. - Fabbri, P.
 2000 *Semiotica in nuce. Volume I. I fondamenti e l'epistemologia strutturale*, Meltemi, Roma.
- Marsciani, F.
 2012a *Ricerche Semiotiche I. Il tema trascendentale*, Esculapio, Bologna.
 2012b *Minima Semiotica: Percorsi nella significazione*, Meltemi, Roma
- McCabe, R.
 2004 *On the Inadequacies of Theory of Mind Explanations of Schizophrenia*, «Theory & Psychology», 14, pp. 738-752.
- McCabe, R. - Leudar, I. - Antaki, C.
 2004 *Do people with schizophrenia display theory of mind deficits in clinical interactions?*, «Psychological Medicine», 34, pp. 401-412.
- McGrath, P.
 1990 *Spider*, Poseidon Publisher, New York; tr. it. *Spider*, La nave di Teseo, Milano 2020.
- Meltzoff, A.N. - Moore, M.K.
 1977 *Imitation of Facial and Manual Gestures by Human Neonates*, «Science», 7 Oct 1977, 198, 4312, pp. 75-78.
 1994 *Imitation, Memory, and the Representation of Persons*, «Infant behavior & development», 17, 1, pp. 83-99.
- Merleau-Ponty, M.
 1945 *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris; tr. it. *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano 2003.
- Minkowski, E.
 1927 *La schizophrénie: Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, Payot, Paris; tr. it. *La schizophrénia. Psicopatologia degli schizoïdi e degli schizofrenici*, a cura di S. Mistura, Einaudi, Torino 1998.
- Minkowski, E.
 1966 *Traité De Psychopathologie*, Presses Universitaires de France, Paris; tr. it. *Trattato di Psicopatologia*, Giovanni Fioriti Editore, Firenze.
- Molaro, A. - Stanghellini, G.
 2020 *Storia della fenomenologia clinica. Le origini, gli sviluppi, la scuola italiana*, Utet, Torino.

- Moore, L.
 2013 *Nijinsky: a life*, Profile Books, London; tr. it. *Vaslav Nijinsky. Un salto nel buio*, EDT, Torino.
- Moritz, S. - Mersmann, K. - Kloss, M. Jacobsen, D. - Wolke, U. *et al.*
 2001 *'Hyper-priming' in Thought-Disordered Schizophrenic Patients*, «Psychological Medicine», 31, pp. 221-229.
- Morselli, G.E.
 1930 *Sulla dissociazione mentale*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», LIII, 1930, pp. 209-322.
- Mosher, L. R. - Gosden, R. - Beder, S.
 2004 *Drug Companies and Schizophrenia: Unbridled Capitalism Meets madness*, in J. Read, L. R. Mosher, R. P. Bentall (Eds), *Models of Madness: Psychological, Social and Biological Approaches to Madness*, Brunner-Routledge, Hove, pp. 115-130.
- Muscelli, C.
 2009 *Psicologia ed ermeneutica. Il rapporto tra comprensione e spiegazione umane*, in M. Rossi Monti, G. Stanghellini (Eds), *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*, Raffaello Cortina, Milano, pp. 163-198.
- Nature
 2010 *Combating schizophrenia*, «Nature», 468, 133.
- Nelson, K.
 2004 *Construction of the Cultural Self in Early Narratives*, in C. Daiute, C. Lightfoot (eds), *Narrative Analysis: Studying the Development of Individuals in Society*, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 87-110.
 2007 *Young Mind in Social Worlds*, Harvard University Press, Cambridge (MA).
- Nijinsky, V.
 1919-95 *Cahiers: le sentiment / Nijinsky*; version intégrale et non expurgée trad. du russe et annot. par C. Dumais-Lvowski et G. Pogojeva, avant-propos de C. Dumais-Lvowski, Actes Sud, Arles; tr. it. *Diari. Versione integrale*, Adelphi, Milano 2000.
- Niznikiewicz, M.A. - Kubicki, M. Mulert, C. - Condray, R.
 2013 *Schizophrenia as a Disorder of Communication*, «Schizophr Res Treatment», 2013.
- Owen, P. R.
 2012 *Portrayals of Schizophrenia by Entertainment Media: A Content Analysis of Contemporary Movies*, «Psychiatric Services», 63, 7, pp. 655-659.
- Paduano, G.
 2018 *Follia e Letteratura. Storia di un'affinità elettiva*, Carrocci, Roma.

- Paolucci, C.
 2010 *Strutturalismo e Interpretazione*, Bompiani, Milano.
 2011 *The "External Mind": Semiotics, Pragmatism, Extended Mind and Distributed Cognition*, «Versus – Quaderni di Studi Semiotici», 112-113, pp. 69-96.
 2012 *Per una concezione strutturale della cognizione: semiotica e scienze cognitive tra embodiment ed estensione della mente*, in *Bioestetica, bioetica, biopolitica. I linguaggi delle scienze cognitive*, Corisco Edizioni, Messina 2012, pp. 245-276.
 2016a *Forme del linguaggio e forme del pensiero. Per una riformulazione del principio empirico*, in L. Hjelmlev, *Le forme del linguaggio e del pensiero*, CAMS/O, Toulouse 2017, pp. 237-256.
 2016b *Sistema e struttura. Per una semiotica enciclopedica della complessità*, «E/C», 2016, novembre, 1-13.
 2017 *Umberto Eco: tra ordine e avventura*, Feltrinelli, Milano.
 2019 *Social Cognition, Mindreading and Narratives. A Cognitive Semiotics Perspective on Narrative Practices from Early Mindreading to Autism Spectrum Disorders*, «Phenomenology and the Cognitive Sciences», 2019, 18, pp. 375-400.
 2020 *Persona: enunciazione e soggettività nel linguaggio*, Bompiani, Milano.
 2021a *The Notion of System in the Work of Umberto Eco: Summa, Structure, Code, Encyclopaedia and Rhizome*, «Rivista di estetica», 76, 2021, pp. 39-60.
 2021b *Cognitive Semiotics. Integrating Signs, Minds, Meaning and Cognition*, Springer, Dordrecht.
 2021c *Che cos'è una semiotica cognitiva?*, «Sistemi Intelligenti», XXXIII, 2, agosto 2021, pp. 281-304.
- Parnas, J.
 2003 *Self and Schizophrenia: a Phenomenological Perspective*, in T. Kircher, A.S. David (eds), *The Self in Neuroscience and Psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge, pp. 217-241.
- Parnas, J., - Sass, L.
 2008 *Varieties of "Phenomenology": On Description, Understanding, and explanation in psychiatry*, in K. Kendler, J. Parnas (Eds), *Philosophical issues in Psychiatry: Explanation, phenomenology and nosology*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, pp. 239-277.
- Parnas, J. - Møller, P. - Kircher, T. - Thalbitzer, J. - Jansson, L. et al.
 2005 *EASE: Examination of Anomalous Self-Experience*, «Psychopathology», 38, 5, pp. 236-258.
- Pennisi, A.
 1994 *Le lingue mutole. Le patologie del linguaggio fra teoria e storia*, Carocci, Roma.

- 1998 *Psicopatologia del linguaggio: storia, analisi, filosofie della mente*, Carocci, Roma.
- 2001 *Misure senza misura. I processi cognitivi nella psicopatologia del linguaggio*, in A. Pennisi, R. Cavalieri (a cura di), *Patologie del linguaggio e scienze cognitive*, il Mulino, Bologna, pp. 395-418.
- 2003 *Mente, cervello e linguaggio. Una prospettiva evolucionista*, Edas, Messina.
- 2004 *Introduzione*, in A. Pennisi, A. Bucca, A. Falzone (eds), *Trattato di psicopatologia del linguaggio*, Edas, Messina, pp. 311-379.
- 2021 *Che ne sarà dei corpi? Spinoza e i misteri della cognizione incarnata*, il Mulino, Bologna.
- 2022 *Psychopathology of Language, DMN and Embodied Neuroscience: A Unifying Perspective*, «Reti, saperi, linguaggi, Italian Journal of Cognitive Sciences», 1, 2022, pp. 5-64.
- 2024 *L'ottava solitudine, il cervello e il lato oscuro del linguaggio*, il Mulino, Bologna.
- Pennisi, A. - Perconti, P.
 2006 *Le scienze cognitive del linguaggio*, il Mulino, Bologna.
- Pennisi, G.
 2020 *Dimensions of Embodiment: a Performative and Enactive Approach to the Issue of Corporeity in Schizophrenia and Eating Disorders*, Dissertation thesis, Dottorato in Scienze Cognitive, Ciclo XXXIII, Università di Messina.
- Pfersdorff, C.
 1935 *Les catégories du langage aphasiques et la dissociation schizophrénique*, «Annales Médico-Psychologiques», 93.
- Picchioni, M.M., - Murray, R.M.
 2007 *Schizophrenia*, «BMJ», 335, 7610, luglio 2007, pp. 91-95.
- Pienkos, E.
 2015 *Intersubjectivity and its Role in Schizophrenic Experience*, «The Humanistic Psychologist», 43, 2, pp. 194-209.
- Pienkos, E. - Sass, L.
 2018 *Schizophrenia, Language, and the Phenomenological Interview*, «Psicopatologia Fenomenologica Contemporanea», 7, pp. 10-28.
- Piro, S.
 1967 *Il linguaggio schizofrenico*, Feltrinelli, Milano.
 1992 *Parole di follia. Storie di persone e linguaggi alla ricerca del senso e del significato nella schizofrenia*, FrancoAngeli, Milano.
- Poland, J.
 2007 *How to Move Beyond the Concept of Schizophrenia*, in C. C. Man, F. Bill, G. George (eds), *Reconceiving Schizophrenia*, Oxford University Press, Oxford, pp. 167-191.

- Racamier, P.C.
1980 *Les Schizophrènes*, Payot, Paris; tr. it. *Gli schizofrenici*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Radden, J.
2011 *On Delusion*, Routledge, London.
- Rastier, F.
2007 *Semantica interpretativa. Dalle forme semantiche alla testualità*, in C. Paolucci (a cura di), *Studi di semiotica interpretativa*, Bompiani, Milano.
- Ratcliffe, M.
2008 *Feelings of being: Phenomenology, Psychiatry and the Sense of Reality*, Oxford University Press, Oxford.
2013 *Delusional Atmosphere and the Sense of Unreality*, in G. Stanghellini, T. Fuchs (eds), *One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology*, Oxford University Press, Oxford 2013, pp. 229-244.
2017 *Selfhood, Schizophrenia, and the Interpersonal Regulation of Experience*, in C. Durt, T. Fuchs, C. Tewes (eds), *Embodiment, Enaction, and Culture: Investigating the Constitution of the Shared World*, The MIT Press, Cambridge (MA), pp. 149-171.
- Reddy, V.
2008 *How Infants Know Minds*, Harvard University Press, London; tr. it. *Cosa passa per la testa di un bambino. Emozioni e scoperta della mente*, Raffaello Cortina, Milano 2010.
- Ricœur, P.
1985 *Temps et récit. III. Le temps raconté*, Seuil, Paris; tr. it. *Tempo e Racconto III. Il tempo raccontato*, Jaca Book, Milano 1999.
1990 *Soi-même comme un autre*, Seuil, Paris; tr. it. *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano 1993.
1995 *Réflexion faite. Autobiographie intellectuelle*, Esprit, Paris; tr. it. *Riflessione fatta. Autobiografia intellettuale*, Jaca Book, Milano 2013.
- Ricœur, P. - Greimas, A.J.
2000 *Tra semiotica ed ermeneutica*. A cura di Marsciani, F. Roma: Meltemi.
- Rohr, S.
2015 *Screening Madness in American Culture*, «Journal of Medical Humanities», 36, pp. 231-240.
- Rosenhan, D.L.
1973 *On Being Sane in Insane Places*, «Science», 179, 4070, pp. 250-258.
- Rosenstock, J.
2003 *Beyond A Beautiful Mind: Film Choices for Teaching Schizophrenia*, «Acad Psychiatry», 27, pp. 117-122.
- Rosfort, R.
2019 *Phenomenology and Hermeneutics*, in G. Stanghellini, M. Broome, A.V. Fernandez, P. Fusar-Poli et al. (eds), *The Oxford Han-*

- dbook of Phenomenological Psychopathology*, Oxford University Press, Oxford.
- Rossi Monti, M.
2009 *Paranoia, delirio e pseudoscienza. La conoscenza totale*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.
2010 *Introduzione*, in D. Cargnello, *Alterità o alienità*, ed. rivista e ampliata, a cura di M. Rossi Monti, Giovanni Fioriti Editore, Roma 1977, pp. VI-XII.
- Rossi Monti, M. - Stanghellini, G.
1996 *Psychopathology: an Edgeless Razor?*, «Comprehensive Psychiatry», 37,3, pp. 196-204.
1999 *Schizophrenia: oltre le dicotomie*, in M. Rossi Monti, G. Stanghellini (a cura di), *Psicopatologia della schizofrenia. Prospettive metodologiche e cliniche*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pp. XV-XXIX.
- Saha, S. - Chant, D. - McGrath, J.
2007 *A Systematic Review of Mortality in Schizophrenia: is the Differential Mortality Gap Worsening Over Time?*, «Arch Gen Psychiatry», 2007, Oct.
- Saks, E.R.
2007 *The Center Cannot Hold: My Journey Through Madness*, Hachette UK, London.
- Salice, A. - Henriksen, M.G.
2015 *The Disrupted 'We': Schizophrenia and Collective Intentionality*, «Journal of Consciousness Studies», 22, 7-8, pp. 145-171.
- Sartorius, N. - Shapiro, R. - Jablensky A.
1974 *The International Pilot Study of Schizophrenia*, «Schizophrenia Bulletin», 1,11, pp. 21-34.
- Sass, L.
1992 *Madness and Modernism: Insanity in the Light of Modern Art, Literature, and Thought*, Harvard University Press, Cambridge (MA); tr. it. *Follia e Modernità. La pazzia alla luce dell'arte, della letteratura e del pensiero moderni*, Raffaello Cortina, Milano 2013.
1994 *The Paradoxes of Delusion: Wittgenstein, Schreber, and the Schizophrenic Mind*, Cornell University Press, New York.
1998 *Schizophrenia, Self-consciousness, and the Modern Mind*, «Journal of Consciousness Studies», 5, 5-6, pp. 543-565.
2010 *Phenomenology as Description and as Explanation: the Case of Schizophrenia*, in D. Schmicking, S. Gallagher (eds), *Handbook of Phenomenology and Cognitive Science*, Springer, Dordrecht 2010, pp. 635-654.

- Sass, L. - Parnas, J.
2007 *Explaining Schizophrenia: The Relevance of Phenomenology, in Reconceiving Schizophrenia*, ed. by M. C. Chung, K. W. M. Fulford, G. Graham, Oxford University Press, Oxford, pp. 63-95.
- Sass, L. - Parnas, J. - Zahavi, D.
2011 *Phenomenological Psychopathology and Schizophrenia: Contemporary Approaches and Misunderstandings*, «Philosophy, Psychiatry, & Psychology», 18, 1, pp. 1-23.
- Sass, L. - Pienkos, E.
2015 *Beyond Words: Linguistic Experience in Melancholia, Mania, and Schizophrenia*, «Phenom Cogn Sci», 14, 2015, pp. 475-495.
- Schneider, K.
1946 *Klinische Psychopathologie*, Thieme, Stuttgart; tr. it. *Psicopatologia Clinica*, Città Nuova, Roma 1983.
- Schreber, D.P.
1903 *Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. Bürgerliche Wahnwelt um Neunzehnhundert*, Oswald Mutze, Leipzig; tr. it. *Memorie di un malato di nervi*, traduzione di F. Scardanelli e S. De Waal, Adelphi, Milano 2007.
- Schütz, A.
1960 *Der Sinhafte Aufbau der sozialen Welt*, Springer-Verlag, Wien; tr. it. *La fenomenologia del mondo sociale*, Meltemi, Milano 2018.
- Sechehaye, M.
1950 *Journal d'une schizophrène*, PUF, Paris; tr. it. *Diario di una schizofrenica*, Giunti, Firenze 1955.
- Séglas, J.
1892 *Les troubles du langage chez les aliénés*, Ruef, Paris.
- Sharfstein, S.S.
2005 *Big Pharma and American psychiatry: The good, the bad, and the ugly*, «Psychiatric News», 40, 3.
- Shean, G.D.
2004 *What is Schizophrenia and How Can We Fix It?*, University Press of America, Lanham (MD).
- Short, T.L.
2007 *Peirce's Theory of Signs*, Cambridge University Press, Cambridge (MA).
- Snell, L.
1852 *Über die veränderte Sprechweise und die Bildung neuer Worte und Ausdrücke im Wahnsinn*, «Allgemeine Zeitsch Psychologie», 9, 11.
- Spolsky, E.
2015 *The Contracts of Fiction: Cognition, Culture, Community*, Oxford University Press, New York.

- Stanghellini, G.
2008 *Psicopatologia del senso comune*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
2009 *Embodiment and schizophrenia*, «World Psychiatry», 8, 1, 56.
2013 *The ethics of incomprehensibility*, in G. Stanghellini, T. Fuchs, (eds), *One century of Karl Jaspers' general psychopathology*, Oxford University Press, Oxford, pp. 166-181.
2017 *Noi siamo un dialogo. Antropologia, Psicopatologia, Cura*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
2018 *Postfazione. La responsabilità di comprendere*, in Binswanger 2018, pp. 205-240.
- Stanghellini, G. - Aragona, M.
2016 *Phenomenological Psychopathology: Toward a Person-Centered Hermeneutic Approach in the Clinical Encounter*, in G. Stanghellini, M. Aragona, M. (Eds), *An Experiential Approach to Psychopathology: What is it like to Suffer from Mental Disorders?*, Springer, Cham, pp. 1-43.
- Stanghellini, G., - Ballerini, M.
2011a *What Is It Like To Be a Person With Schizophrenia in the Social World? A First-Person Perspective Study on Schizophrenic Dissociality – Part 1: State of the Art*, «Psychopathology», 44, pp. 172-182.
2011b *What Is It Like To Be a Person With Schizophrenia in the Social World? A First-Person Perspective Study on Schizophrenic Dissociality – Part 2: Methodological Issues and Empirical Findings*, «Psychopathology», 44, pp. 183-192.
- Stanghellini, G. - Fuchs, T.
2013 *Editors' Introduction*, in G. Stanghellini, T. Fuchs (eds), *One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology*, Oxford University Press, Oxford 2013, pp. xiv-xxiii.
- Stanghellini, G. - Mancini, M.
2018 *Mondi psicopatologici – Teoria e pratica dell'intervista psicoterapeutica*, Edra-Masson Editore, Milano.
- Stanghellini, G. - Rosfort, R.
2015 *Disordered Selves or Persons with Schizophrenia?*, «Current Opinion in Psychiatry», May 2015, 28, 3, pp. 256-263.
- Stanghellini, G. - Broome, M. - Fernandez, A.V. - Fusar-Poli, P. et al.
2019 *Introduction*, in *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, a cura di G. Stanghellini, M. Broome, A.V. Fernandez et al., Oxford University Press, Oxford, p. 15.
- Stern, D.N.
1985-2000 *The Interpersonal World of the Infant*, Basic Books, New York.

- Sumiyoshi, C., Matsui, M., Sumiyoshi, T., Yamashita, I. *et al.*
 2001 *Semantic Structure in Schizophrenia Assessed by the Category Fluency Test: Effect of Verbal Intelligence and Age of Onset*, «Psychiatry Research», 105, pp. 187-199.
- Szasz, T.
 1961 *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, Harper & Row, New York.
 1976 *Schizophrenia: The Sacred Symbol of Psychiatry*, Syracuse University Press, Syracuse (NY); tr. it. *Schizofrenia. Simbolo sacro della psichiatria*, Armando, Roma 1984.
 2009 *Antipsychiatry: Quackery Squared*, Syracuse University Press, Syracuse (NY).
- Tanzi, E.
 1889-90 *I neologismi degli alienati in rapporto col delirio cronico*, «Rivista Sperimentale di Freniatria», XV 352, XVI 1, pp. 352-416.
- Tatossian, A.
 1979 *La phénoménologie des psychoses*, Masson, Paris; tr. it. *La fenomenologia delle psicosi*, a cura di R. Dalla Luche, e G. Di Piazza, Giovanni Fioriti, Roma.
- Thoma, S. - Fuchs, T.
 2018 *A Phenomenology of Sensus Communis – Outline of a Phenomenological Approach to Social Psychiatry*, in M. Englander (ed.), *Phenomenology and the Social Context of Psychiatry. Social relations, Psychopathology, and Husserl's Philosophy*, Bloomsbury Publishing, London.
- Thornicroft, G.
 2006 *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness*, Oxford University Press, Oxford.
- Tomasello, M.
 1999 *The Cultural Origins of Human Cognition*, Harvard University Press, Cambridge (MA); tr. it. *Le origini culturali della cognizione umana*, il Mulino, Bologna 2018.
 2003 *Constructing a Language: A Usage Based Theory of Language Acquisition*, Harvard University Press, Cambridge (MA).
- Trevarthen, C.
 1979 *Communication and Cooperation in Early Infancy. A Description of Primary Intersubjectivity*, in M. Bullowa (ed.) *Before Speech: The Beginning of Human Communication*, Cambridge University Press, London, pp. 321-347.
- Van Duppen Z.
 2017 *The Intersubjective Dimension of Schizophrenia*, «Philosophy, Psychiatry, & Psychology», 24, 4, pp. 399-418.

- van Os J., - Kapur S.
 2009 *Schizophrenia*, «Lancet», Aug 22, 374.
- van Schuppen, L. , van Krieken K. - Sanders J.
 2019 *Deictic Navigation Network: Linguistic Viewpoint Disturbances in Schizophrenia*, «Frontiers in Psychology», 10, 1616.
- van Schuppen, S. - van Krieken, K. - Claassen, S. - Sanders, J.
 2023 *Perspective-Taking and Intersubjectivity in Oral Narratives of People with a Schizophrenia Diagnosis: a Cognitive Linguistic Viewpoint Analysis*, «Cognitive Linguistics», 34, 2, pp. 197-229.
- Varela, F.
 1996 *Neurophenomenology: A Methodological Remedy for the Hard Problem*, «Journal of Consciousness Studies», 3, 4, pp. 330-349.
- Varela, F. - Thompson, E. - Rosch, E.
 1991 *The Embodied Mind. Cognitive Science and Human Experience*, The MIT Press, Cambridge (MA).
- Violi, P.
 1997 *Significato ed esperienza*, Bompiani, Milano.
 2003 *Significati lessicali e pratiche comunicative. Una prospettiva semiotica*, «Italian Journal of Linguistics», 15, pp. 321-342.
 2005 *Il soggetto è negli avverbi. Lo spazio della soggettività nella teoria semiotica di Umberto Eco*, «E/C. Rivista dell'associazione italiana di semiotica on line».
 2006 *Tokening the Type: Meaning, Communication and Understanding*, in J. Pinto de Lima, M.C. Almeida, B. Sieberg (eds), *Questions on the Linguistic Sign*, Edicoes Colibri, Lisboa, pp. 9-25.
 2007 *Semiosis without Consciousness? An ontogenetic perspective*, «Cognitive Semiotics», 1, 1, 2007, pp. 65-86.
 2008 *Beyond the body: Towards a full embodied semiosis*, in *Sociocultural Situatedness*, vol. 2, De Gruyter Mouton, Berlin, pp. 53-76.
- 2012a *Nuove forme di narrativa. Permanenza e variazioni del modello narrativo*, in A.M. Lorusso, C. Paolucci, P. Violi (a cura di), *Narratività. Problemi, analisi, prospettive*, Bononia University Press, Bologna, pp. 105-132.
- 2012b *How our Bodies Become Us: Embodiment, Semiosis and Intersubjectivity*, «Cognitive Semiotics», 4, 1, 2012, pp. 57-75.
- 2015 *Global and Local: Encyclopedic Meaning Revisited*, «Semiotica», 206, 2015, pp. 89-108.
- Walton, W.
 1945 *Nijinsky in Vienna*, «Life Magazine», 19, 11, pp. 63-70.
- Wedding, D. - Niemiec, R.M.
 2014 *Movies and Mental Illness: Using Films to Understand Psychopathology*, Hogrefe Publishing, Boston (MA).

- Wittgenstein, L.
1969 *Über Gewißheit*, G.E.M. Anscombe, G.H. von Wright (eds), Suhrkamp, Frankfurt am Main; tr. it. *Della Certezza*, tr. it. di M. Trinchero, Einaudi, Torino 1978.
- Woods, A.
2011 *The Sublime Object of Psychiatry*. Oxford University Press, Cambridge (MA).
- Wray, J.
2006 *Lowboy*, Canongate, Edinburgh; tr. it. *Lowboy*, Feltrinelli, Milano 2006.
- Zahavi, D.
2005 *Subjectivity and Selfhood. Investigating the First Person Perspective*, The MIT Press, Cambridge (MA).
2014 *Self and Other: Exploring Subjectivity, Empathy, and Shame*, Oxford University Press, Cambridge (MA).
2021 *Applied phenomenology: Why It Is Safe to Ignore the Epoché*, «Continental Philosophy Review», 54, pp. 259-273.
- Zahavi, D. - Loidolt, S.
2021 *Critical Phenomenology and Psychiatry*, «Continental Philosophy Review», 2021.
- Zlatev, J.
2005 *What's in a Schema? Bodily Mimesis and the Grounding of language*, in B. Hampe (Ed.), *From Perception to Meaning: Image Schemas in Cognitive Linguistics*, Mouton de Gruyter, Berlin, pp. 297-337.

Sigle

- CP, *Collected papers of Charles Sanders Peirce*, voll. I-VI, ed. by C. Hartshorne and P. Weiss, 1931-1935, voll. VII-VIII edited by A.W. Burks 1958, Belknap Press, Cambridge (Mass.) (tr. it. parziale raccolta a cura di M. Bonfantini, *Charles Sanders Peirce: Opere*, Bompiani, Milano 2003).
- APA, American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, First Edition, DSM-I. Arlington, VA
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Second Edition, DSM-II. Arlington, VA
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, DSM-III. Arlington, VA
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, DSM-IV. Arlington, VA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Text Revised, DSM-IV

- TR. Arlington, VA; tr. it.: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Quarta edizione, Text Revision, DSM-IV. Elsevier, Milano 2007.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, DSM-V. Arlington, VA.; tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Quinta edizione, DSM-V. Raffaello Cortina Editore, Milano 2014.
- WHO, World Health Organization
- World Health Organization. (1948). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death: sixth revision of the international lists of diseases and causes of death*, adopted 1948. World Health Organization.
- World Health Organization. (1957). *Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death: based on the recommendations of the seventh revision Conference, 1955, and adopted by the ninth World Health Assembly under the WHO Nomenclature Regulations*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. <https://icd.who.int/>

Filmografia

- 1948 *The Snake Pit*, Anatole Litvak.
- 1968 *Diario di una schizofrenica*, Nelo Risi.
- 1971 *Family Life*, Ken Loach.
- 1975 *One Flew Over the Cuckoo's Nest*; tr. it. *Qualcuno volò sul nido del cuculo*, Miloš Forman.
- 1977 *I never promised you a rose garden*; tr. it. *Non ti ho mai promesso un giardino di rose*, Anthony Page.
- 1991 *The Fisher King* (tr. it. *La leggenda del re pescatore*). Terry Gilliam.
- 1994 *Clean, Shaven*. Lodge Kerrigan.
- 2001 *A Beautiful Mind*. Ron Howard.
- 2002 *Spider*. David Cronenberg.
- 2004, *Keane*. Lodge Kerrigan.
- 2009, *The Soloist* (tr. it. *Il solista*). Joe Wright.
- 2011, *Take Shelter*. Jeff Nicholson.
- 2015, *The Visit*. M. Night Shyamalan.

Sitografia

I riferimenti sono elencati seguendo l'ordine della prima apparizione nel testo.

Oxford Concise Medical Dictionary (2010). Entry: *Schizophrenia*: <https://www.oxfordreference.com/display/10.1093/acref/9780199557141.001.0001/acref-9780199557141-e-9060?rskey=h2eQID&result=9861>

Youtube.com, Di Petta, G. (2016), *Schizofrenia e farmaci: la cura dell'utopia?*, Relazione presentata durante i lavori delle VII Giornate psichiatriche cerignalesi "Psicofarmacologia clinica delle psicosi: cosa curiamo e perché": https://www.youtube.com/watch?v=M7lFkBhFPuQ&ab_channel=PSYCHIATRYONLINEITALIAVIDEOCHANNEL

Asylummagazine.org, *Campaign for the Abolition of Schizophrenia Label by Paul Hammersley and Terence McLaughlin* <https://asylummagazine.org/2017/09/campaign-for-the-abolition-of-schizophrenia-label-by-paul-hammersley-and-terence-mclaughlin/>

Opentheodoors.com, *Information on the global program*, http://www.opentheodoors.com/english/01_01.html

Web.archive.org, *Lodge Kerrigan on Keane and sympathy*, <https://web.archive.org/web/20061211184338/http://www.filmfreakcentral.net/notes/lkerriganinterview.htm>

Youtube.com, Mario Rossi Monti, "Fenomenologia e psicoterapia". *Conferenze dell'associazione italiana di psicologia fenomenologica* https://www.youtube.com/watch?v=ArqMACPPs_s&ab_channel=Psicologia-Fenomenologica

CLINICA ED ESISTENZA

Volumi pubblicati:

- 1 Giovanni Stanghellini, *Divina presenza. La porta mistica, erotica ed estetica all'esperienza dell'informe. Clinica dell'informe 1*
- 2 Ludwig Binswanger, *Il problema dello spazio in psicopatologia*, prefazione di Eugenio Borgna, a cura di Aurelio Molaro
- 3 Stefano Micali, *Fenomenologia dell'angoscia*
- 4 Gilberto Di Petta, *Fenomenologia alzo zero. Il corpo a corpo tra la follia e la cura*

Finito di stampare nel mese di giugno 2024
presso Print on web s.r.l., Isola del Liri (FR)
per conto delle edizioni Quodlibet