

## Le emozioni nell'orizzonte della *fenomenologia*

EUGENIO BORGNA\*

*Summary* – EMOTIONS IN PHENOMENOLOGY HORIZON. To bring back emotional experiences to the heart of psychotherapy means to walk away from the Freudian thesis of emotional neutrality for every condition of psychic sorrow and drive in the troubled and dangerous waters of counter-transfer, which is something that you can not even imagine in the horizon of a phenomenology of psychic relations. Emotions are understandable not only on the basis of spoken words, but also (and this speech has been brought to the thematic core of philosophy and psychiatry by phenomenology) on the basis of the body language: of the face, of the glances, gestures and voices. The figures of wait and hope, of encouragement in the adlerian way, are the constitutive elements of every therapeutic relation. Hope is seen as an existential category even psychotherapeutical which reminds us of agostinian dimensions of time.

*Keywords:* INTERSUBJECTIVENESS, EMOTIONS, ENCOURAGEMENT

Dal contesto del seminario, che ho tenuto a Milano il 16 settembre 2006 su invito del Prof. Giuseppe Ferrigno presso la *Scuola di Psicoterapia in Psicologia Individuale*, e che aveva, da lui proposto, questo titolo: “La relazione terapeutica fra emozioni, attese e speranze: il processo d’incoraggiamento”, vorrei idealmente stralciare qualche riflessione sulla fenomenologia e sulla sua importanza in ordine all’articolazione tematica ed alla significazione epistemologica delle emozioni nella terapia delle esperienze psicopatologiche e, in particolare, delle esperienze psicopatiche, che sono sempre state le aree di applicazione del mio lavoro.

Nel corso del seminario, sulla scia delle bellissime domande del Prof. Ferrigno, il mio discorso si è potuto svolgere lungo sentieri diversificati e dialettici che non possono, qui, se non essere semplificati: con l’intenzione in ogni caso di indica-

\* Primario Emerito di Psichiatria dell’*Ospedale Maggiore della Carità di Novara* e Libero Docente all’*Università Statale di Milano*.

re i modelli ermeneutici della fenomenologia, in psichiatria, e di avviare eventualmente, come è avvenuto nel seminario, qualche possibile considerazione sulle analogie fra il pensiero fenomenologico e quello adleriano.

La psichiatria *fenomenologica*, così si definisce il *metodo* di matrice husserliana, o heideggeriana, con cui procede la ricerca, ed *antropologica*, si definisce così l'*oggetto*, la condizione umana, della ricerca, ha radicalmente cambiato gli scenari della psichiatria moderna; sottraendola alle categorie naturalistiche di conoscenza della psichiatria ottocentesca che riconduceva ogni processo psichico a lineari disturbi nella funzionalità delle strutture cerebrali, e che trasformava la psichiatria in encefalo-iatria: nel contesto di un riduzionismo biologistico assoluto. (Questo, certo, rinasce oggi a partire dalla scoperta degli psicofarmaci, la prima molecola è stata la cloropromazina tuttora in commercio del resto dal 1952, in molte aree della psichiatria; ma senza che questo abbia cancellata la presenza, e la significazione anche terapeutica e sociale, della psichiatria ermeneutica: come potrebbe anche essere definita la psichiatria fenomenologica ed antropologica).

Quando si parla di fenomenologia è necessario distinguere quella che è la *fenomenologia soggettiva*, inaugurata da Karl Jaspers nel 1913 con la sua "Allgemeine Psychopathologie", da quella che è la *fenomenologia obiettiva* di Ludwig Binswanger che intende analizzare le strutture costitutive della esistenza malata, e non solo gli stati d'animo interiori dei pazienti; come fa la fenomenologia jaspersiana.

Nel cogliere nella *introspezione* e nella *immedesimazione* le strutture portanti della conoscenza in psichiatria, che è il campo di applicazione della psicopatologia, Karl Jaspers ha radicalmente cambiato i punti di vista teorici e i modelli di confrontarsi con i pazienti, e di curarli.

L'oggetto della psichiatria, da allora, *non* è più il modo di essere comportamentale dei pazienti *ma* la loro soggettività, la loro interiorità, che devono essere analizzate e descritte con la falce leggera della immedesimazione; cercando contestualmente di capire cosa accada in ciascuno di noi: dinanzi alle loro esperienze psichiche patologiche, o ancora normali.

Dalla impostazione fenomenologica jaspersiana discendono anche cambiamenti radicali nei modi in cui ci si incontra, e ci si deve incontrare, con i pazienti: *non* più considerati come oggetti, come corpi malati, *ma* come soggetti, ai quali guardare *non* in atteggiamento di neutralità e di indifferenza emozionali *ma* di ascolto e di partecipazione: di condivisione e di comprensione umana.

Cose alle quali la psichiatria kraepeliniana, di ieri e di oggi, non consegna una qualche essenziale importanza né nella diagnosi né nella cura.

Le emozioni sono molteplici nelle loro connotazioni tematiche ma l'elemento *comune* a ciascuna di esse è il fatto che ci portano fuori dai confini del nostro io e ci mettono in contatto, in risonanza, con il mondo delle cose e delle persone; essendo contrassegnate radicalmente dalla intenzionalità, nel senso di Edmund Husserl, e cioè dalla trascendenza come orizzonte di conoscenza che si oltrepassa senza fine: al di là di ogni confine individuale.

Ci sono le emozioni e c'è il pensiero, c'è la vita emozionale e c'è la vita della ragione, e solo nella misura in cui ci sia concordanza e conciliazione fra l'una categoria e l'altra è possibile avvicinarsi ai problemi conoscitivi ed esistenziali. Riconoscere il senso e il valore delle emozioni, ridare ad esse una dignità conoscitiva e fenomenologica, non significa negare il senso e il valore del pensiero: della ragione.

Non c'è, del resto, un pensiero che possa fare a meno di un background emozionale, di una dimensione emozionale, perché la ragione astratta, la ragione de-emozionalizzata, non coglie se non *alcuni* aspetti del reale, del reale divorato oggi dalla tecnica, e *non* quelli che, indicibili e inconoscibili, fanno parte integrante del modo di sentire e di vivere di ciascuno di noi.

Dall'inizio dell'epoca moderna c'è la tendenza a distinguere due classi di sentimenti: quelli che perdurano, che sono abituali, radicati nella persona: le *passioni* e quelli che sono attuali, improvvisi, attivi e passivi: le *emozioni* a cui corrispondono sentimenti e affetti.

La differenza fra passioni ed emozioni corrisponde a quella fra *Stimmungen* e affetti: questi sono sentimenti indirizzati e incentrati su singoli oggetti, o stati di cose; quelle sono invece disposizioni affettive *senza* oggetto e, cioè, non orientate a qualcosa. Il timore, la gioia e l'ira sono esperienze vissute che fanno parte degli affetti, dei sentimenti, delle emozioni; l'ansia, la serenità e la malinconia (la depressione) fanno parte delle *Stimmungen*: degli stati d'animo. (L'antica espressione "pathos" rimanda alla presenza di affinità fra sentimento, sofferenza, dolore e malattia. Come diceva Immanuel Kant: "Essere sottomessi ad affetti e a passioni è sempre malattia dell'animo").

Nella filosofia dell'esistenza sono gli stati d'animo contrassegnati negativamente a dovere "dischiudere" la struttura della vita umana: la malinconia, l'angoscia e la disperazione in Soeren Kierkegaard, e l'angoscia e la noia in Martin Heidegger.

Nei gesti, nei volti, nelle azioni apparentemente senza senso che rinascono nelle esperienze psicotiche, la psichiatria dovrebbe ritrovare quella donazione di *sensu* che attraversa anche le relazioni umane di ogni giorno.

Confrontarsi con anime ferite dalla angoscia e dalla disperazione, dai deliri e dalle allucinazioni, richiede di saper decifrare cosa ci sia, cosa riviva, nella interiorità di chi sta male; e ancora di aprirsi, o almeno di tentare di aprirsi, alle emozioni nascoste e segrete che gridano nel silenzio: come diceva Simone Weil.

La linea segreta di ogni psichiatria dovrebbe essere questa disperata attenzione a cogliere i significati che *non* si vedono nelle realtà umane di angoscia e di depressione, dalle quali siamo nondimeno circondati, e ancora a intravedere le lacrime che a volte riempiono di sé un sorriso, e che danno al sorriso la sua profondità e il suo timbro più autentico e anche più doloroso: questo sorriso che leopardianamente aggiunge un filo alla tela breve, e anzi brevissima, della nostra vita e delle speranze che come in uno specchio si riflettono in essa.

Certo, *senza* questa ricerca ardente e febbrile dei valori e dei significati che si animano nella interiorità degli altri, negli *altri* immersi nella follia della dissociazione e della angoscia, della nostalgia e della depressione, dell'anelito alla morte volontaria come speranza contro ogni speranza, e ancora *senza* la ricerca di quello che ci unisce, al di là di ogni profonda differenza, con i fantasmi e con le ombre, con le figure e le dissolvenze delle esperienze psicotiche, non si riesce a fare una cura radicale: non si riesce nemmeno a salvaguardare la *nostra* interiorità che tende fatalmente a inaridirsi e a spegnersi: strumento di tecnologie esasperate e assolutizzate che escludono l'anima, quell'anima che come diceva Georges Bernanos si nasconde forse nelle inquitudini del cuore, in chi cura e in chi è curato.

Non sopravvivono, così, le emozioni in noi e non sopravvive quello che resta delle emozioni falciate dal dolore e dalla angoscia in chi disperatamente chiedi di essere curato e, prima di questo, di essere accolto e di essere ri-conosciuto nella sua disperazione: nella sua malattia mortale.

Le emozioni, i modi di vivere le proprie emozioni, si rispecchiano nei modi di essere, nei modi di trasformarsi, del corpo: del corpo vissuto; e molte emozioni, inesprese verbalmente, possono essere decifrate solo analizzando questi modi di essere, queste metamorfosi, del corpo. Non è facile interpretare il linguaggio del corpo, i suoi diversi linguaggi, se non ci si educa ad ascoltare le regioni segrete dei volti e degli sguardi: gli orizzonti sconfinati della vita emozionale così lontani da quelli della vita razionale.

Il corpo è abitualmente tenuto lontano dal discorso della psichiatria e della psicopatologia che rigettano il tema del corpo nella somato-logia: della medicina che si occupa delle malattie del corpo; e il corpo è ridotto ad essere corpo-cosa e corpo-oggetto. Sulla scia della fenomenologia il corpo è stato riscattato dalla sua oggettivazione; ed è stato recuperato nella sua fondazione emozionale: nel suo linguaggio.

Questa mia mano, questa mano che sta scrivendo, è contemporaneamente corpo-oggetto (corpo-cosa), quando sia considerata nel contesto di una osservazione naturalistica, e corpo-soggetto (corpo-vissuto), quando sia considerata nella sua sorgente infinita di significati e nella sua donazione di senso: nella sua trascendenza.

Parlare di un corpo che si apre al mondo e che abita il mondo significa oltrepassare il senso di un corpo chiuso e murato, e riportare il corpo nell'area della intersoggettività. La soggettività si dischiude, così, alle *altre* soggettività non solo mediante la parola ma anche mediante il gesto: mediante i significati del corpo-soggetto che devono essere decifrati nella loro donazione di *senso*.

La fenomenologia ha indicato nella intenzionalità, nella trascendenza, la struttura portante del modo di essere del corpo vissuto *nel* mondo delle cose e delle persone; e ha rimesso in radicale evidenza la possibilità di una diversa decifrazione del *senso* del corpo: senso che non può essere afferrato se non nell'intreccio dialettico nel quale *corpo* e *mondo* si collegano, si distaccano e si ricompongono in una spirale di infiniti rimandi.

Le emozioni si stratificano e si manifestano nei modi di essere del corpo: la depressione e l'angoscia stravolgono i linguaggi del corpo che sono divorati dal silenzio e dalla oscurità, o dal timore e dal tremore che dilagano negli sguardi e nella voce: è possibile percepire, e riconoscere, la propria voce ma *non* sentirla come appartenente al *proprio* corpo: venendo meno la componente forse essenziale e decisiva della propria identità.

Le emozioni si costituiscono come dimensioni essenziali e radicali della condizione umana. Il dilagare della conoscenza razionale come strumento di conoscenza della realtà, quando non sia arginata dalle ragioni del cuore, rende la vita arida e svuotata di senso; ma, d'altra parte, le emozioni staccate dalla riflessione possono dilatarsi e infiammarsi. La cura, in psichiatria, è orientata a frenare e ad attenuare le emozioni che trascendano i confini di consonanze possibili con il mondo e con la esperienza del mondo.

Le emozioni sono la struttura portante della cura, in psichiatria, di ogni diversa forma di cura (di quella psicoterapeutica ma anche di quella farmacologia e di quella comunitaria), e nel curare sono intensamente implicate le emozioni di chi cura e quelle di chi è curato. Le emozioni riempiono di sé gli abissi senza fondo della vita interiore, e nella loro trascendenza esse si rispecchiano nella interiorità degli altri.

Ciò che rende la vita emozionale premessa ad ogni cura è il fatto che in essa c'è

sempre relazione e, cioè, costruzione sia pure fragile e frammentaria di dialogo e di ascolto, di silenzio e di intersoggettività. La vita emozionale come interiorità che si spalanca al mondo degli altri.

Curare, in psichiatria e in particolare nell'area sconfinata delle esperienze psicotiche, è un gioco complesso nel quale intervengono conoscenze tecniche e stati d'animo, emozioni e sensibilità, immedesimazione e introspezione.

La dimensione interpersonale della cura, la sua fondazione intersoggettiva, condiziona la stessa ragione d'essere terapeutica dei farmaci. Non si inizia nemmeno un gesto terapeutico dotato di senso, nessuna cura può cioè realizzarsi, se *prima*, come dice splendidamente V. E. von Gebattel, non si cerca di entrare in relazione con l'altro, con chi chiede aiuto, sulla linea di una emozionalità silenziosa, di una immedesimazione emozionale, che astragga da ogni rigida articolazione tecnica: freddamente scientifica. Non c'è cura se non si sa cogliere cosa ci sia in un volto, in uno sguardo, in una semplice stretta di mano, e in fondo se non si sia capaci di sentire immediatamente il destino dell'altro come il nostro proprio destino.

Mantenere viva in noi la fiamma della comprensione emozionale della gioia e delle sofferenze degli altri *non* è facile: divorati come siamo dalla *routine* e dall'aridità spirituale: dal rischio del deserto dei sentimenti.

Ricondurre le emozioni, le esperienze emozionali senza fine, nel cuore di una psicoterapia significa ovviamente allontanarsi, in particolare, dalla radicale tesi freudiana della neutralità emozionale dinanzi ad ogni condizione di sofferenza psichica; e significa immergersi nelle acque agitate e arrischiate del controtransfert: cosa, d'altra parte, indispensabile nell'orizzonte di una fenomenologia delle relazioni terapeutiche; quando queste abbiano a che fare, in particolare, con forme di vita psicotica.

Le emozioni sono decifrabili non solo sulla base delle parole che ci vengono dette, e di quelle che siamo noi a dire, ma anche, e questo discorso è stato portato nel nucleo tematico della filosofia e della psichiatria *dalla* fenomenologia, sulla base del linguaggio del corpo: del volto e degli sguardi, dei gesti e delle voci.

Le figure dell'attesa e della speranza, dell'incoraggiamento (direi) in senso adleriano, sono elementi costitutivi (anche nella loro enigmatica fatale) di ogni relazione terapeutica; e vorrei ricordare, a questo proposito, quello che ha scritto in un altro contesto Walter Benjamin: «Solo per chi non ha più speranza ci è data la speranza».

Sono parole bellissime nelle quali si riflettono gli orizzonti di senso di ogni discorso fenomenologico, e non solo fenomenologico.

Sono parole, queste di Walter Benjamin, nelle quali si riflette l'importanza decisiva della speranza: non solo come premessa alla comprensione di quello che avviene nelle esperienze psicologiche e umane di chiunque sia privato della luce della speranza; ma anche come premessa alla cura: nel senso che, se la speranza *non* vive nel cuore di chi cura, a poco (forse) possono servire anche sofisticate strategie terapeutiche. Solo se c'è in noi qualche traccia palpitante di speranza sarà possibile interpretare i silenzi della speranza nelle pazienti e nei pazienti divorati dall'angoscia; senza lasciarci inaridire da una disperazione interiore che, dilagando in noi, non ci consente di intravedere le braci di una speranza ancora balenanti nell'angoscia e nel desiderio della morte volontaria.

La speranza, insomma, come categoria esistenziale (ma anche psicoterapeutica) che ci fa riflettere sulle agostiniane dimensioni del tempo che, nelle esperienze psicopatologiche, si modificano nella loro interna articolazione, nel loro essere dominate dal passato e nondimeno ancora aperte ad una qualche trascendenza nel futuro: che ogni psichiatria somatologica non sa riconoscere e non può dilatare.

## Bibliografia

1. BENJAMIN, W. (1892-1940), *Angelus Novus*, Einaudi, Torino 1962.
2. BERNANOS, G. (1936), Journal d'un curé de campagne, in *Oeuvres romanesques*, Bibliothèques de la Pléiade, Paris 1961.
3. BINSWANGER, L. (1957), *Der Mensch in der Psychiatrie*, Neske, Pfullingen.
4. BORGNA, E. (2005), *L'attesa e la speranza*, Feltrinelli, Milano 2005.
5. GEBSATTEL, V. E. von (1964), *Imago Hominis*, Neues Forum Schweinfurt.
6. HEIDEGGER, M. (1927), *Sein und Zeit*, tr. it. *Essere e tempo*, Utet, Torino 1969.
7. HUSSERL, E. (1900-1901), *Logische Untersuchungen*, tr. it. *Ricerche logiche*, vol. I, II, III, Il Saggiatore, Milano 1968.
8. JASPERS, K. (1913), *Allgemeine Psychopathologie*, Berlin-Göttingen-Heidelberg 1959.
9. KANT, I. (1798), *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht*, tr. it. *Antropologia pragmatica*, Laterza, Bari 1965.
10. KIERKEGAARD, S. (1844), *Begrebet Angst*, tr. it. *Il concetto dell'angoscia- La malattia mortale*, Sansoni, Firenze 1952.