
PERCORSI PSICOPATOLOGICI. LA DISFORIA ED IL TRAGICO

Giovanni Stanghellini

I. Il tema della “verità narrativa” si colloca all’interno di un orizzonte di rimandi, sia filosofici sia di pertinenza psichiatrica, che si compendia in una serie di antitesi teoriche la cui genealogia risale almeno fino al *Teeteto*¹ platonico ed alla diatriba tra la tesi protagorea e la tecnica del dialogo socratico². Il problema radicale, infatti, che viene posto dal dialogo è se al medico-sapiente compete la ricerca della verità; la dottrina del sofista Protagora si scontra con quella socratica — gli esiti delle cui analisi sono non a caso così insistentemente aporetici — poiché il primo suggerisce di rinunciare alla ricerca della verità e di impegnarsi piuttosto nel persuadere l’interlocutore ad operare quel mutamento necessario affinché, se questi vive male nel proprio mondo, possa vivere in armonia con esso. Il sapere ipostrutturante, l’*etica aporetica* socratica è quanto di più distante si possa immaginare dal *sapere soterico ed euporetico* propugnato da Protagora, tanto che il dialogo in questione ci appare emblematico della coppia problematica — che concerne la teoria della prassi psicoterapeutica — riassunta (come tutti sanno) da Spence³ nella formula che contrappone la verità narrativa a quella storica.

Questa contrapposizione si trova molteplici volte declinata nei vari campi delle scienze dell’uomo (non solo ovviamente nelle discipline psicodinamiche) e variamente descritta secondo gli stili di pensiero. Forse Heidegger⁴ è colui che, nella modernità, ha condotto la dicotomia all’estremo punto di tensione (tanto da originare un *gergo* che ha trovato entusiasti seguaci ed ironici oppositori), giustapponendo all’inautentico e deiettivo prendersi cura degli oggetti mondani nel loro valore d’uso, l’autentico ascolto della Voce della Coscienza, che rappresenta un prototipo — che in campo psicoanalitico potrebbe tro-

vare il proprio analogo nell'insegnamento bioniano — del sapere ipostrutturante, dello spaesamento e della perdita dei punti di riferimento quotidiani ed abituali. L'esercizio dell'*epoché* e della intuizione eidetica, insegnati dalla Fenomenologia e da taluni applicati in campo psicoterapico, rappresentano una variante ulteriore.

Questi sono alcuni generici punti di reperi della riflessione relativa alla *cura* del disagio e della malattia mentale che esprimono l'oscillare del *dialogo psicoterapico* tra i due estremi del dire e dell'ascoltare, alla ricerca — come scrive Corradi Fiumara⁵ — di una "accezione integrale del *logos*" che compendi la polisemia dei significati del verbo *leghein*, ovvero i tre ambiti del (passivo) "addormentarsi", del "raccoliere" e "custodire" fino al "dire" e "comandare".

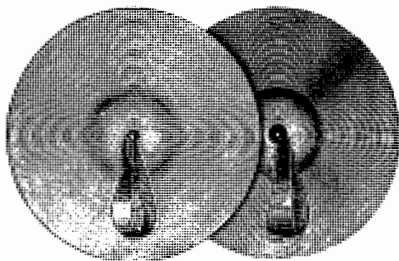
La corrispondente nozione sul piano dell'*operare psichiatrico* — oggetto del presente contributo — sembra essere quella di "percorso psicopatologico".

II. Rispetto alla nozione di "narrativa", quella di *percorso psicopatologico* ha implicazioni più determinatamente cliniche, mentre rispetto alla nozione tradizionale di "decorso" può assumere connotati più propriamente antropologici. La clinica (non solo quella psichiatrica) nasce con l'osservazione longitudinale del malato e, parallelamente, con il tentativo di cogliere al di là della singolarità del caso una norma più generale di conoscenza della malattia⁶. Come è stato più volte ricordato, le fondazioni della moderna nosografia risalgono alla individuazione di entità nosologiche separate sulla base degli *esiti*, cioè delle fasi finali e non più evolutive del decorso. Così, ad esempio, è venuta storicamente precisandosi la dicotomia tra schizofrenia e psicosi affettive.

Di recente, sono entrate in crisi le categorie di tale nosografia, soprattutto perché è stato messo in questione il suo principio organizzatore forte, secondo il quale le malattie psichiche rappresenterebbero enti di natura le cui espressioni fenotipiche verrebbero unilinearmente causate a partire da determinanti biologiche ed i cui decorsi risulterebbero, in base a tutto ciò, sostanzialmente predeterminati.

L'accento posto da Bleuler⁷ — in un'ottica psicodinamica — sulla distinzione tra sintomi patogeneticamente *primari e secondari*, e dunque l'enfasi sulla componente psicoreattiva della personalità nella co-

stituzione delle fenomeniche psicotiche, e quello posto da Wyrsh⁸ — in una prospettiva antropofenomenologica — sulla *persona* dello schizofrenico nella costituzione dei quadri d'esordio e, soprattutto, nello sdipanarsi delle vicissitudini dei mondi schizofrenici, fino agli eventuali (ma non necessari) esiti defettuali; rappresentano due momenti essenziali per la nascita della nozione paradigmatica di "percorso psicopatologico".



Infatti, la icastica frase di Ciompi⁹ secondo il quale non esiste una cosa quale un decorso specifico della schizofrenia, i cui percorsi psicopatologici sono "multiformi come la vita stessa", ripropone la veneranda opinione di Bleuler secondo il quale "l'esito non è una caratteristica della malattia, ma dipende anche da fattori contingenti od esterni"; e il teorizzare — come fa oggi Strauss¹⁰ — che la fisionomia variegata ed alternante dei percorsi psicotici è la risultante di due fattori semi-indipendenti, rappresentati dalla malattia primaria e dai meccanismi di compenso propri alla persona del malato, ricalca in chiave semplificata e pragmatica l'analisi di Wyrsh secondo la quale non si dà cronicità fintantoché si danno accadimenti (somatici o mondani) in grado di stimolare la biografia vitale interna del malato.

Il riferimento teorico antropologico assunto da Wyrsh è il saggio programmatico di Scheler *Die Stellung des Menschen im Kosmos*¹¹, nel quale il filosofo tedesco — tra i fondatori della moderna antropologia filosofica — designa con il termine *persona* "quel centro di atti entro il quale lo spirito appare nelle sfere finite dell'essere". La pro-

spettiva teorica dell'opera *Die Person des Schizophrenen* converge soprattutto su due assunti della teoresi scheleriana: il principio dell'*interdipendenza* tra lo "spirito" e la componente vitale, affettiva ed istintuale dell'esistenza e quello della *conduzione* degli impulsi istintivi operato dalla volontà spirituale. In base ad essi, ciò che chiamiamo percorsi psicopatologici si realizzano nella proporzione, e se si vuole nella lotta, tra la "persona" del malato e gli accadimenti biologici ed esistenziali che possono smuovere la sua attività biografica autocostitutiva.

III. Può essere utile fornire alcuni frammenti di un *diario clinico* relativo ad un percorso di malattia, iniziato quasi vent'anni or sono, che tramite le categorie nosografiche attualmente in uso diagnosticheremmo come disturbo dell'umore di tipo bipolare con sintomi psicotici, ma che qualche anno fa fece formulare il severo giudizio di schizofrenia con "probabile sindrome defettuale".

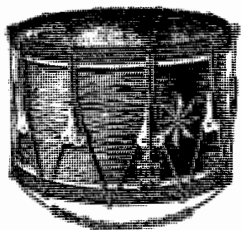
È una donna non più giovane che cresce in un ambiente permeato tanto di umanità e religiosità cattolica, che incline ad una condotta morale rigida, controllata, scrupolosa. Le sue relazioni interpersonali sono contrassegnate dalla estrema difficoltà nel tenere la "giusta distanza" e venate di sensibilità irritabile ed a tratti corrosiva e sarcastica; soprattutto dopo la morte del padre e l'eclissi della "funzione separante", ella si muove sempre sull'orlo della fusionalità (come nel rapporto con la madre), oppure del deliroide erotomane. La sua aspirazione alla "apertura totale" ed autentica degli altri e verso gli altri è continuamente sotto la minaccia del ribaltamento nell'atmosfera della frustrazione disforica e, infine, nella temperie eccito-persecutoria ed in quella dell'isolamento nel rimorso melanconico.

Nella sua storia si leggono numerosi episodi maniacali ed eccito-disforici ad impronta interpretativa espansiva e paranoide di nocumento, in assenza di franche percezioni deliranti o altre fenomeniche di primo rango. Sono presenti invece i disturbi vitali propri di una sindrome assiale endogenomorfa ciclotimica — secondo i *Vienna Research Criteria*¹² —, uno spiccato *arousal* psicosensoriale (iperacu-

sia, accentuata sensibilità propriocettiva alla gravità) ed esperienze cenestopatiche.

Ciò che vorrei mettere in rilievo si riferisce agli ultimi due episodi, dei quali sono stato partecipe osservatore. Della penultima crisi, assai violenta, basta dire che durante il ricovero che si rese necessario la paziente — quasi che l'ospedalizzazione l'avesse privata di ogni argine critico e, parallelamente, della coscienza di malattia — sembrò *espandersi come un gas nel vuoto*: l'eccitamento a tinta prevalentemente espansiva e con fenomeniche psicotiche congruenti al tono dell'umore peggiorò notevolmente durante la prima settimana, nonostante i presidi farmacologici. Pertanto, al ripresentarsi di un secondo episodio poco dopo la dimissione, fu ipotizzato un programma di assistenza domiciliare, al fine di evitare lo *stradicamento* al quale sembrava imputabile il peggioramento riscontrato. Gli elementi di tipo *disforico* apparivano questa volta molto più marcati: l'umore oscillava, *modulato situazionalmente*, tra l'eccitamento e l'irritabilità (verbalmente) aggressiva, sarcastica ed autosarcastica. Fin dai primi giorni emersero momenti di *insight* doloroso e pieno di rimorso e vergogna per le azioni a cui si lasciava andare durante i momenti di maggiore acuzie. La paziente aveva conservato tanto la sensazione che la coscienza di malattia, ed anzi la parte osservante del sé lucidamente denunciava che, durante le fasi di malattia, ella si era sempre, anche in passato, liberata dai propri rigidi codici morali (“*le mie strutture e storture morali*”); di ciò ora aveva paura, sentiva di non farcela a dominarsi ed autocondursi, ne soffriva, e per questo chiedeva di essere ricoverata, “così posso fare la scelta in tutta tranquillità”. D'altra parte, sente la necessità ed ha l'intenzione di “mettere a tacere” la propria vita interna: “non riesco a dominarla — dice — e ne sarei sopraffatta”. Ciò che non tollera è “l'inquietudine, non trovare calma in nessun pensiero”, la “*lotta con il Dio che è dentro di me, perché noi siamo umani e lui è divino, e nelle persone armoniose questa lotta è vinta*”. Un elemento mi parve caratterizzante questa fase del percorso: la malattia non si

lasciava affatto cogliere *sic et simpliciter* come il farsi presente, l'affiorare del disturbo biologico dell'umore; ciò che si dava a vedere era principalmente la *tragica relazione che la persona intratteneva con l'emergere della trascendenza timica*. Successivamente, nella fase di risoluzione della crisi, ella *metteva in relazione la trasformazione olotimica del mondo (eccitodisforico) con la perdita di contatto con i propri stati d'animo* che la "assaltano come iene, ...ma non sono ben chiari, soltanto bagliori": una specie di anestesia affettiva, di umore soggettivamente indifferente, le impedisce di articolare immagine del mondo e stato d'animo, rendendola incapace — detto altrimenti — di concepire il mondo come il prodotto della attività costitutiva della *Stimmung*.



A commento di questo frammento clinico mi sembrò appropriato apporre la seguente frase di Scheler¹¹: "*La coscienza si determina infatti esclusivamente nella primitiva re-flexio della sensazione, e cioè sempre in occasione di una resistenza: ogni coscienza si fonda sulla sofferenza*".

Il *corpo a corpo* ingaggiato dalla paziente durante l'ultima crisi, incentivato dal progetto terapeutico volto ad evitarne lo sradicamento dal mondo materiale e simbolico delle relazioni e dei valori familiari, e forse reso anche possibile dall'appoggio medico ed infermieristico e dalla solidarietà umana, si è concretizzato per la paziente nello sperimentare la *resistenza* e la *sofferenza* di cui parla Scheler. Tale com-

plesso di cure ha contribuito a scongiurare il *verticalizzarsi* della crisi nel puro eccitamento e a *radicare* la crisi stessa nella dimensione della biografia, ove la verticalità (la spinta timica) e la orizzontalità (l'orizzonte delle risorse umane della paziente e dei suoi *socî*) possono articolarsi. L'autocoscienza della paziente sembra insorgere successivamente come *anamnesi* della resistenza sperimentata, mentre la mancanza di autocoscienza — il *non essere presenti a se stessi* — durante la crisi si realizza a ragione della "perdita di contatto con il proprio stato d'animo". Così l'assenza della *re-flexio* determina la crisi dell'essere presenti ed il precipitare (o l'essere innalzati) nel gorgo *astorico* della malattia dell'umore, mentre il conservare memoria della lotta e dell'attrito tragico sperimentato durante la crisi non permette che questa interrompa la *storicità* dell'esistenza.

IV. Forse non è per una banale suggestione che la vicenda così sommariamente descritta richiama l'idea del *tragico*, ed in specie quanto scrive Jaspers¹³: "Quando l'uomo acquista una coscienza tragica sembra che apra gli occhi sul mondo".

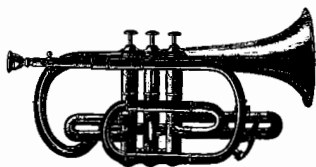
Il farsi presente della coscienza tragica segna, in chiave storica, la frattura fra due mondi: solo con l'avvento della coscienza tragica ha inizio, per Jaspers, il *movimento della storia*. Infatti, la coscienza "pretragica" non può che contemplare il circolo della vita, della morte e della rinascita, dal quale è passivamente *innalzata* allo stato d'animo di giubilo o *sprofondata* nel dolore e nella afflizione. Invece, coscienza tragica e storicità sono consustanziali ed hanno a che vedere con la temporalità lineare della decisione e dunque con il problema della libertà.

Anche la "tragicità assoluta" esorbita da ogni orizzonte di storicità, consistendo nella assenza di mediazione tra i due estremi della "disperazione senza scampo" e della "pura e distaccata contemplazione estetica" che attinge ad una condizione di vuota indifferenza.

La genealogia della coscienza tragica rivela due forme anteriori e due superamenti. Questi ultimi, la interpretazione dell'universo sia filosofica che quella rivelata dalla religione, sono per Jaspers entrambi insufficienti. La forma più arcaica del tragico è la "coscienza mitica", vale a dire la tenace accettazione della imperscrutabilità del proprio destino, inscritto nella astoricità dell'Olimpo. Nella coscienza mi-

tica la disarmonia fondamentale del mondo è riflessa dalla molteplicità delle divinità e dalla impossibilità di venerarne e rispettarne la moltitudine contemporaneamente.

La autentica "consapevolezza tragica", divenuta il presupposto dell'"atteggiamento tragico", è viceversa *inscritto in un orizzonte di storicità*. La visione del tragico — cioè dell'orrore di una esistenza "*avvolta nelle spire della sua natura*" — prelude ad una liberazione. Non esiste tragicità priva di trascendenza, poiché l'uomo che attinge alla sua vera essenza si contrappone nella rovina al fato ed agli dei, ritrovando il proprio io autentico. La tragedia, infatti, non è altro che la rappresentazione del trasformarsi dell'uomo nella situazione-limite. È "anelito ad essere redenti dalla concezione tragica della vita, così da trascenderla" e tale liberazione si compie attraverso la profonda commozione che suscita la situazione del tragico. Tutte le singole tragedie, saremmo tentati di concludere con Jaspers, hanno in comune il mostrare che di fronte al tragico la sconfitta dell'uomo testimonia dell'intima profondità del suo essere.



V. Se, da un lato, l'essere presente a se stessa nella situazione-limite della crisi sembra la *conditio sine qua non* affinché il percorso di malattia della paziente non si perda nella deiezione astorica dell'eccitamento maniacale e recuperi, confrontandosi intenzionalmente con il proprio stato d'animo, il proprio orizzonte di storicità e di tragicità; dall'altro, tutto ciò sembra condizionato dalla entità dell'amalgama personologico della paziente, cioè dalla possibilità di costituire, in un mondo di significati coerente con la propria biografia ed il proprio sistema di valori, gli accadimenti determinati dall'irrompere del

“processo endotimico”. “Il coro è un muro vivo contro l’assalto della realtà”, scrive Nietzsche nella *Nascita della tragedia*¹⁴, ed in questa frase mi sembra siano sintetizzate le funzioni di argine, di riflessione e rispecchiamento, di commento ed infine di costituzione che il Coro svolge nei confronti dell’azione tragica. Qualcosa di non molto dissimile si verifica in qualunque colloquio psichiatrico attento a cogliere il confrontarsi della persona con la trascendenza del proprio corpo malato, e — nella fattispecie della nostra paziente — con le vicissitudini dell’umore.

Se quella testé ricordata è l’idea che ispirò la *Nascita della tragedia*, e se è vero che all’origine di questo libro c’era una idea tanto “piena di fascino” che “profondamente personale” come ebbe a scrivere lo stesso Nietzsche, in essa possiamo intuire lo sviluppo di qualcosa di più di una dottrina estetica su una forma d’arte in Grecia nel V secolo prima di Cristo: infatti, essa rappresenta l’abbozzo di una radicale *antropologia*.

Nelle pagine del filosofo tedesco, la tragedia greca esprime l’equilibrio tra il dionisiaco e l’apollineo, intese come due istanze opposte e fondamentali. L’impulso dionisiaco è, in prima approssimazione, rappresentato come il mondo della musica e della danza, in cui l’uomo che ha disimparato a parlare e a camminare si esprime come gesto; egli stesso opera d’arte vive nel mondo dell’estasi e dell’ebbrezza come membro di una comunità superiore. Apollineo è invece il mondo della forma, in cui si esprimono le immagini del sogno nei simulacri plastici della scultura.

La tragedia è l’ipostasi artistica della dissonanza tra il dionisiaco e l’apollineo come istanze complementari e la coscienza tragica è il “farsi uomo della dissonanza”. Essa nasce come conciliazione di questo contrasto — ma non per conciliarlo — e la sua parabola estetica segue il destino della proporzione tra il dionisiaco e l’apollineo; al di fuori del tragico, le intuizioni apollinee divengono “pensieri freddi e paradossali” e le estasi dionisiache nient’altro che “passioni roventi”. Apollo non può vivere senza Dioniso; non ci si illuda di poter abbandonare Dioniso, perché Apollo ci abbandonerà. Non bisogna dimenticare, affinché la tendenza apollinea non si irrigidisca in “egizia durezza e freddezza” nel tentativo di “prescrivere un preciso decorso ad ogni singola onda”, che ogni bellezza e moderazione poggia su un

fondamento mascherato di sofferenza e conoscenza, svelato dalla coscienza dionisiaca. E d'altra parte quando le forze dionisiache "si levano in noi così impetuosamente", già deve essere disceso in noi Apollo, "avvolto in una nube", poiché la conoscenza tragica per essere sopportata "ha bisogno dell'arte come protezione e rimedio".

Senza questa opposizione e questa *proporzionalità* tra "conoscenze e moti dionisiaci" e capacità rappresentante apollinea non c'è tragedia — e diremmo con Jaspers non c'è neanche storicità — ma il moto incessante, ottuso e cieco di un abisso che ricopre se stesso.

VI. Binswanger non mancò di segnalare l'analogia tra la psicoterapia e l'arte della "guida di montagna" che conosce il terreno sul quale si è perso il turista dilettante, capace di ricondurre sulla terra l'esistenza smarrita "nel mondo immaginario etero" della mania od in quello "sotterraneo" della melancolia e definì la cura del malato come un "*incontro* 'sull'abisso dell'essere-presenti'" ¹⁵. Le sue pagine testimoniano del ruolo privilegiato assegnato alla *forza plastica della metafora* nel seguire le tracce e nel ricondurre, dalla *hybris* smisurata ¹⁶, all'interno del proprio *orizzonte di proporzionalità* i percorsi delle esistenze "sventurate". Come è noto, con questo termine egli si riferiva globalmente alla esaltazione fissata, alla stramberia ed al manierismo considerate come "forme di fallimento, di mancata riuscita dell'esistenza umana" ¹⁷.

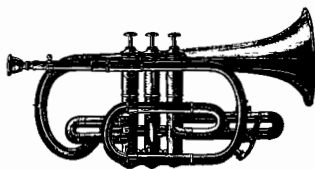
Mi pare legittimo avvicinare la visione antropoanalitica di questi tre modi di essere nel mondo al fenomeno del tragico. Secondo Binswanger, l'esaltazione fissata, la stramberia ed il manierismo consentono all'esistenza di "afferinarsi" in qualche modo nel mondo affermandosi a qualcosa, prima di sprofondare nel "vuoto" e nell'"irrigidimento della vita psichica" della totale astoricità.

L'esistere nella presunzione della sproporzione velleitaria tra l'altezza dell'ambire e l'ampiezza del poter comprendere; nel fanatismo della eccentricità forzata, nello sbilanciamento trasversale, nella stortura; o infine dietro la maschera del manierismo nello squilibrio tra l'interiorità e l'esteriorità; in tutti questi casi siamo di fronte ad "un indugio sull'orlo dell'abisso", dunque al *fenomeno tragico dello stare di fronte al proprio destino di alienazione*.

Nelle tre forme di esistenza sventurata — descritte da Binswan-

ger attraverso lo strumento fenomenologico della *epoché* delle categorie cliniche e colte mediante la visione eidetica — assistiamo al confrontarsi della persona del malato con la minaccia rappresentata da forze estranee prima che la presenza venga da esse travolta. Questo sostare sull'“orlo dell'abisso” anche nel caso della nostra paziente costituisce un residuo di ipseità e di storicità, vale a dire un residuo di presenza, se intendo correttamente tale termine nel significato che ad esso attribuisce Heidegger¹⁸: “star-fuori-sopportante”. Dunque, costituisce l'*avere* un mondo — sebbene un mondo esaltato, storto o vuoto — ed il *rappresentarsi* un mondo verso il quale è aperta la possibilità di essere presenti, rispetto alla alienazione costituita dall'“essere mondanizzati”.

VII. Nel frammento di percorso psicopatologico preso in esame, una modificazione dell'*atteggiamento* verso la malattia, consistente nel tentativo di arginare l'irrompere dell'umore espansivo, ha avuto come esito lo scongiurare la caduta nella astoricità del mondo etero dell'eccitamento maniaco ed il sostare presso il suo margine terreno costituito dal modo di essere obliquo e costantemente in attrito della disforia. La disforia consiste in questo angoscioso trattenersi al bordo dell'eccitamento maniaco (o della melancolia) e per questo essa — pur nella sua natura di categoria clinica — richiama la categoria filosofica del tragico. Infatti, se lo si intende come il tentativo di narrazione clinica dei rapporti tra la persona del malato e le alterazioni della sua “funzione vitale” (di cui è esempio paradigmatico l'oscillazione del tono dell'umore), il caso del percorso psicopatologico della disforia ci invita a concepire le malattie psichiatriche ed i modi della loro cura facendo riferimento *congiuntamente* alle categorie mediche del *patologico* ed a quelle filosofiche del *tragico*.



1. PLATONE, *Teeteto*, UTET, Torino, 1981.
2. GIOVANNI STANGHELLINI, ANDREA C. BALLERINI, *Dignità del disturbo. Una riflessione sulla apologia di Protagora nel Teeteto*, Atti del 1° Congresso Nazionale della Società Italiana di Storia della Psichiatria, "Revue Internationale d'Histoire et Methodologie de la Psychiatrie", 1/2, 1991.
3. DONALD P. SPENCE, *Narrative Truth and Historical Truth. Meaning and Interpretation in Psychoanalysis*, Norton & C., New York and London, 1982; [trad. it. *Verità narrativa e verità storica. Significato e interpretazione in psicoanalisi*, Martinelli, Firenze, 1987].
4. MARTIN HEIDEGGER, *Sein und Zeit*, Niemeyer, Tuebingen, 1927; [trad. it. *Essere e tempo*, Longanesi, Milano, 1976].
5. GEMMA CORRADI FIUMARA, *Filosofia dell'ascolto*, Jaca Book, Milano, 1985.
6. MICHEL FOUCAULT, *Naissance de la clinique. Une archeologie du regard medical*, PUF, Paris, 1963; [trad. it. *Nascita della clinica. Il ruolo della medicina nella costituzione delle scienze umane*, Einaudi, Torino, 1969].
7. EUGEN BLEULER, *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Deutike, Leipzig und Wien, 1911; [trad. it. *Dementia praecox o il gruppo delle schizofrenie*, NIS, Roma, 1985].
8. JACOB WYRSCH, *Die Person des Schizophrenen. Studien zur Klinik, Psychologie, Daseinsweise*, Haupt, Bern, 1949.
9. LUC CIOMPI, *La schizofrenia cronica è un artefatto sociale? Argomenti e controargomenti*, "Fogli di informazione", 105, 1984.
10. JOHN S. STRAUSS, *Mediating Processes in Schizophrenia. Towards a New Dynamic Psychiatry*, "British Journal of Psychiatry", 155 (suppl. 5), 1989.
11. MAX SCHELER, *Die Stellung des Menschen im Kosmos*, Muenchen, 1947; 6. Auflage Franke, Bern, 1962; [trad. it. *Il posto dell'uomo nel cosmo*, Fabbri, Milano, 1970].
12. W.P.A., *Diagnostic Criteria for Schizophrenic and Affective Psychoses*, WPA, 1983.
13. KARL JASPERS, *Über das Tragische*, Piper & Co., Muenchen, 1952; [trad. it. *Del tragico*, Feltrinelli, Milano, 1987].
14. FRIEDRICH NIETZSCHE, *Die Geburt der Tragödie*, 1817; [trad. it. *La nascita della tragedia*, Adelphi, Milano 1972].
15. LUDWIG BINSWANGER, *Daseinsanalyse und Psychotherapie*, "Zeitschr. f. Psychotherapie u. medizin. Psychol", 4, 1954.

16. GIOVANNI STANGHELLINI, *Note antropofenomenologiche sul concetto di "patologico"*, "Revue Internationale d'Histoire et Methodologie de la Psychiatrie", O, 1990.
17. LUDWIG BINSWANGER, *Drei Formen missglueckten Daseins*, Niemeyer, Tuebingen, 1956; [trad. it. *Tre forme di esistenza mancata*, Garzanti, Milano, 1978].
18. MARTIN HEIDEGGER, *Zollikoner Seminare. Protokolle-Gespraechе-Briefe*, hrsg. v. M. BOSS, Klostermann, Frankfurt a.M., 1987; [trad. it. *Seminari di Zollikon*, Guida, Napoli, 1991].