

Andrea Ballerini, Andrea Patti e Gabriele Santarelli

Le maree della Salienza psicopatologia e psicoterapia dialettico-proporzionale delle psicosi

Prefazione di Filippo Maria Ferro

Postfazione di Tonino Griffero

Collana Psicopatologia fenomenologica

diretta da Mario Rossi Monti

Comitato di Redazione Micaela Abbonizio



Alpes Italia srl – Via G. Gatteschi 23 – 00162 Roma

tel. 06-39738315 – e-mail: info@alpesitalia.it – www.alpesitalia.it

I edizione, 2026

Andrea Ballerini, Medico psichiatra, ha lavorato presso i servizi di salute mentale di Firenze (1987-1997), è stato Coordinatore del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Firenze (1997-2009) e Dirigente Medico presso la Clinica Psichiatrica della Azienda Ospedaliera Careggi di Firenze (2009-2025). Dal 2010 insegna Psicopatologia e Psicofarmacologia alla Scuola di Specializzazione in Psichiatria della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze, dove è stato promotore del filone di ricerca sulle aberrazioni della salienza. Ha svolto attività di consulenza e supervisione presso diverse strutture riabilitative e servizi di psichiatria. È autore di numerose pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali e internazionali a tema psicopatologico e psicofarmacologico.

Andrea Patti, Psichiatra e psicoterapeuta a orientamento fenomenologico-dinamico, lavora presso la struttura di riabilitazione psico-nutrizionale per disturbi dell'alimentazione "Residenza Gruber" e il Centro Medico Santagostino di Bologna. Ha collaborato al filone di ricerca sulle aberrazioni della salienza promosso da Andrea Ballerini presso l'Università di Firenze. Il suo interesse professionale si concentra sull'integrazione della filosofia fenomenologico-esistenziale nelle pratiche di salute mentale e sulla promozione di un approccio dialogico in psichiatria. È autore di diverse pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali e internazionali a tema psicopatologico e fenomenologico.

Gabriele Santarelli, Psichiatra e psicoterapeuta a orientamento post-razionalista, lavora presso l'Unità Funzionale Semplice Salute Mentale Adulti Chianti-Bagno a Ripoli. Ha collaborato al filone di ricerca sulle aberrazioni della salienza promosso da Andrea Ballerini presso l'Università di Firenze. Ha pubblicato con Ferdinando Galassi e Matteo Innocenti *Le emozioni senza voce. Come gestire lo stress e la somatizzazione* (Franco Angeli, 2022) e con Matteo Innocenti *Oltre l'Ecoansia. Una guida pratica per navigare le emozioni della crisi climatica* (Franco Angeli, 2025).

In copertina: Fleur De Bondt, *Aberrant Salience* (2021).

Collana Psicopatologia fenomenologica

Board scientifico

MASSIMILIANO ARAGONA, MARIA ARMEZZANI, LODOVICO CAPPELLARI,
GIULIANO CASU, GEORGES CHARBONNEAU, ANTONELLO CORREALE,
GILBERTO DI PETTA, FILIPPO FERRO, THOMAS FUCHS, VITTORIO GALLESE,
GIOVANNI MARTINOTTI, LEONARDO MENEGHETTI

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari ed artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633

e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore

Indice generale

Prefazione di Filippo Maria Ferro	VII
Introduzione di Andrea Ballerini	XV
1. APPUNTI FENOMENOLOGICO-ESISTENZIALI DI UNO PSICHIATRA: LE FONDAMENTA DELLA SALIENZA	1
Fenomenologia costruttiva	1
Fenomenologia genetica	3
Afezioni e salienza	4
Ricettività dell'Io	7
Analitica esistenziale.....	10
Atmosfere e paticità	13
Conclusioni provvisorie	16
2. LE GEOMETRIE DELLA SALIENZA: AREA PRODDROMICA, SUB-CLINICA E CRITICA DELLA PSICOSI....	19
Quale psicopatologia?	19
Intonarsi al delirio	20
Mondi che sprofondano	23
Il punto zero	25
Trema, apofania e anastrofe	26
I panni dell'Altro	30
Affettività e psicosi	31
Andare a monte	32
La crisi dell'abitabilità	36
Modelli a confronto	39
3. LA PSICOSI DENTRO E FUORI LA NOSOGRAFIA: INCURSIONI NEUROFENOMENOLOGICHE	47
Naturalizzare la fenomenologia	47
Dove eravamo.....	49
Piacere o desiderio? Dopamina, Brain Network e Salienza motivazionale.....	53
Dove siamo: the aberrant salience hypothesis	57
La salienza per comprendere l'incomprensibile	62
Dove vorremmo essere	64
4. DARE SENSO A UN MONDO CHE CAMBIA: FATTORI PROTETTIVI E DI RISCHIO PER LA PSICOSI.....	69
Modelli monofattoriali e bifattoriali del delirio.....	69
Verso un modello multifattoriale: una realtà stratificata	71
Salienza aberrante e cultura	73
Personalità, intersoggettività e psicosi	76
Distacco	79
Rigidità	84
Impulsività	86
In-tendersi	87

5. SULLA STRADA: PERCORSI PSICOLOGICI E PSICOPATOLOGICI ALLA PROVA DELLA SALIENZA	93
Il difficile equilibrio tra salienza adattiva e aberrante	93
I percorsi psicologici: la strada più o meno equilibrata	96
I percorsi psicopatologici.....	99
<i>I percorsi psicoaffettivi</i>	100
<i>I percorsi psicoseclusi</i>	105
I percorsi autistici	106
I percorsi paranoidi	109
<i>I percorsi psicoreattivi</i>	110
<i>I percorsi psicotossici</i>	115
6. INCONTRARSI SULL'ABISSO: LA PSICOTERAPIA DELLE PSICOSI SOTTO LA LENTE DELLA SALIENZA ABER-	
RANTE.....	121
L'approccio fenomenologico-esistenziale dialettico-proporzionale.....	121
Pathos	124
Logos	125
<i>Lavorare sul presente</i>	127
<i>Lavorare sul passato per co-costruire il futuro</i>	131
Postfazione di Tonino Griffèro	137

Ad Arnaldo

Prefazione

Filippo Maria Ferro

Moti della coscienza e delle onde: il dilemma di Re Canuto

La psicopatologia prende le mosse da Philippe Pinel e dalla sua riflessione che, nell'ambito dell'Illuminismo, sa cogliere una dialettica, cioè un movimento attivo, di continuità e non di opposizione, tra "*raison*" e "*de-raison*" (Pinel, 1798, 1801). Una posizione che viene confermata da Hegel. L'intuizione di Pinel si colloca in un'atmosfera d'eccezione, quella della Rivoluzione francese, un mondo teso tra utopie e paradossi. Ma la definizione che completa il concetto di Pinel, e ancora pienamente ci appartiene, è quella di Jean-Étienne Esquirol, autentico iniziatore della psicopatologia moderna (tale lo riteneva Andrea Ballerini che intendeva pubblicarne un'edizione con il commento). Esquirol parla di "*savoir tres specifique*" e sottolinea le prime osservazioni: una scena sulla quale dominano le forti passioni (Esquirol, 1805), eventi che scuotono equilibri di secoli e che avvengono nella transizione, altro movimento dialettico, tra il periodo del Terrore e le guerre napoleoniche. Così la mania si precisa nella monomania (Esquirol, 1838), che appare quasi la messa a fuoco di un passaggio emotivo o, per usare il termine proposto da Andrea Ballerini, di un'accentuazione della salienza. Del resto, sino a metà Ottocento e sino alla comparsa del paradigma della cultura positivista, il disagio psichico è ancora spirituale, un'affezione dell'anima, una questione di "trattamento morale". Albert von Zeller fa coincidere le esperienze delle "*Seelenstörungen*" e dei "*Lieder des Leides*"¹ e Clemens Brentano può affermare che "la follia è la sorella sfortunata della poesia"². In parallelo la medicina romantica aggiorna, introducendo gli stimoli e il vitalismo, la dottrina degli umori. Al quadro si aggiungono i poeti inglesi come Samuel Taylor Coleridge (Borges, 2000), le sue esperienze oniriche e la passione per l'oppio, mutate presto in incubi per Thomas de Quincey e Edgar Allan Poe. Seguono le prime esperienze francesi con l'hashish che vede partecipi, accanto allo studioso Moreau de Tours (Moreau de Tours, 1845), letterati come Charles Baudelaire, Victor Hugo, Alexandre Dumas, Gérard de Nerval, Honoré de Balzac e Théophile Gautier (Pointeau-Lagadec, 2020), a mostrare come le sostanze possano influenzare gli stati d'animo e modulare le percezioni e il fermento dei sentimenti e delle idee (Tallis, 2019). E quando la psichiatria arriva a vantare una clinica e delle costruzioni nosografie (con Kraepelin e con Bleuler), sono Bonhoeffer (Bonhoeffer, 2019) e poi la farmacologia di Heidelberg (Beringer, 1927, 1932) a delineare una nuova polarità, tra psicosi endogena e psicomia (Bonhoeffer, 1934).

¹ Albert von Zeller traduce in lingua tedesca Joseph Guislain, cfr Guislain 1838.

² La definizione di Clemens Brentano ricorre nei testi di Eugenio Borgna, cfr Borgna 2020.

Il Novecento aggiorna di continuo l'interrogazione di base: cos'è la psichiatria e in particolare cos'è la psicosi? E come si pone la distinzione tra "normalità" e "malattia" e, per dirla con Jaspers dopo il 1913, quale confine si disegna tra "comprensibile" e "non comprensibile" (Jaspers, 1913)? E ancora: quale idea ci siamo fatti di quella figura che ha prevalso sino a divenire sinonimo di follia / malattia mentale, cioè la schizofrenia? E quale riflessione possiamo avanzare nel quadro attuale degli studi circa "l'essenza della schizofrenia" (Ballerini & Di Petta 2016)?

Andrea Ballerini e collaboratori svolgono una accurata disamina della visione della fenomenologia e di quelle che sono state le sue applicazioni a una psicopatologia critica, impegnata non in un elenco di manifestazioni ma nell'approfondimento di vissuti, di moti interiori dei sentimenti. Ne deriva una convinzione: le turbe psichiche sono riconducibili a un nodo che le accomuna. All'inizio si parlava di psicosi unica (*Einheitspsychose*)³, solo in seguito hanno preso risalto i sintomi della psicosi, i loro raggruppamenti categoriali e dimensionali, e si sono affermate le classificazioni. Ora è tempo di ripensare gli inizi.

Ovviamente si riparte dalla "*Wahnstimmung*", atmosfera perturbante inquietante: si realizza questa sensazione "*unheimlich*" quando i comuni significati del quotidiano si dissolvono in un'atmosfera di malessere e subentrano sensazioni minacciose di cambiamento (van Hagen, 1837). È una fase aurorale dove dominano la perplessità, l'intonazione dell'animo al delirio, così può definirsi il punto zero della salienza (Callieri, 1959, 1962). Turbe della percezione e intuizioni al limite del delirio. Vissuti di derealizzazione e depersonalizzazione, spaesamento e straniamento, il caleidoscopio dove oscilla un mondo sospeso (Di Petta, 1996). C'è una stonatura, qualcosa di simile all'atassia, la "discordanza" di Philippe Chaslin (Chaslin, 1912). E infine compare, distintiva secondo Eugen Bleuler, la dissociazione in tutte le sue gradazioni, sino alla frammentazione (Bleuler, 1918). Limite di tali esperienze è il "*trema*", compaiono quindi "*apofania*" e "*anastrofe*" (Conrad, 2013). Una sequenza progressiva, graduale ma di solito rapida, incalzante (Ferro & Grosso, 1995). Si assiste così al collasso del mondo-ambiente circostante (Borgna, 1995), cambia il sistema di riferimento e viene messa in questione la certezza del mondo condiviso.

La ricerca oggi, a distanza di dieci anni dal saggio di Arnaldo Ballerini e Gilberto Di Petta, che hanno segnato una svolta del problema negli studi, gravita attorno al tentativo di intercettare la sofferenza nei suoi segnali sub-clinici, prima che si manifesti il quadro dell'esordio. Possiamo infatti pensare, a buon diritto, che la "crisi" rappresenti l'ultimo atto di una sequenza rimasta, sino al momento del rivelarsi, sottotraccia, sequenza che però appare visibile attraverso la considerazione di una cronologia evolutiva delle varie configurazioni (Ferro, 1987).

Il momento dell'emersione è stato letto da Shitij Kapur, nell'ambito dell'ipotesi dopaminergica della psicosi, quale salienza aberrante (Kapur 2003). Un vero cambio di paradigma sviluppato adottando una teoria neurochimica, e ipotizzando

3 Il concetto di psicosi unica risale a Griesinger, cfr.: Berrios & Beer 1994.

una turba della connettività neuronale. In circostanze normali, l'attività del sistema dopaminergico dipendente dal contesto ambientale sarebbe associata all'esperienza della novità e all'acquisizione di salienze motivazionali appropriate (Berridge, 1999). Nella psicosi, la dis-regolazione dopaminergica presinaptica si manifesterebbe in un *firing* indipendente da stimolo e contesto, tale da persistere anche in assenza di stimoli. Il consueto registro percettivo verrebbe così turbato da novità e salienze indipendenti dal contesto o inappropriate.

All'interno del modello della salienza aberrante, il sintomo psicotico viene inteso quale dimensione comune a diverse prospettive categoriali, in una visione transnosografica: una apertura validata dal questionario *Aberrant Salience Inventory*, strumento psicometrico disegnato per indagare tale dimensione. Alla luce di tale impostazione teorica, ci si può chiedere se siano ancora riconoscibili punti di demarcazione tra vissuti di normalità e vissuti inconsueti e patologici.

Già nel 1976, Salomon Kety aveva introdotto lo spettro schizofrenico, comprendente oltre alla schizofrenia cronica o disturbo schizofrenico, la reazione schizofrenica acuta (o disturbo schizofreniforme), la schizofrenia borderline (o personalità schizotipica) e la personalità inadeguata (o schizoide) (Kety et al., 1976).

Eugen Bleuler pone le basi di una clinica differenziale tra schizofrenia e psicosi maniaco-depressiva, e introduce la nozione di "schizoidia" vs. "sintonia" (Bleuler, 1922), le due dimensioni che dovrebbero organizzare sia la clinica del normale sia quella del patologico e lo fa in risposta ai tipi psicologici proposti da Ernst Kretschmer nel 1921 (Kretschmer, 1921). Sempre Bleuler introduce nell'ambito della schizofrenia la distinzione tra sintomi di primo e secondo rango ripresa da Kurt Schneider (Schneider, 1950).

La psicosi, in Kapur come per certi versi in de Clérambault, avrebbe origine al confine tra elaborazione automatica e controllata (de Clérambault, 1942), quando le informazioni senso-percettive diventano iper-salienti. Si assiste a una instabilità dinamica, oscillante tra esuberanza ed esaurimento (Janzarik, 2024). Tale disfunzione appare particolarmente intensa durante le fasi iniziali della schizofrenia, prima che l'intonazione d'animo al delirio si trasformi in modelli di interpretazione fissi e rigidi: le esperienze di salienza aberrante sono infatti maggiormente associate alle fasi prodromiche, intercritiche e sub-cliniche; in particolare si può osservare l'interruzione della dialettica tra evidenza e non-evidenza (Blankenburg, 1998).

L'indizio è subdolo, ancorato al soma (Ferro, 2023), all'insegna della "*Benommenheit*" (intontimento sognante, Callieri, 2006) e la sindrome cenestesica di Huber (Huber, 1957). Si dispiegano quindi, a partire da "fenomeni" vaghi e subbiettivi, i "sintomi di base" individuati da Klosterkötter, manifestazioni che progrediscono verso la fase di acuzie per poi tornare silenti nella fase di remissione (Klosterkötter, 1988). Un percorso analogo e parallelo ha seguito Joseph Parnas nell'individuare i "disturbi del Sé" nella schizofrenia (Parnas et al., 2005).

Il delirio appare dunque un processo auto-ermeneutico che l'individuo applica alle proprie percezioni divergenti e potenzialmente confusive per conferire loro un senso. Una volta adottato, tale modello funge da schema cognitivo predefinito alla luce del quale le nuove esperienze diventano prove e conferme (Rossi Monti, 2008).

Precoci disturbi del neurosviluppo, danni organici o esperienze avverse infantili possono sensibilizzare il sistema dopaminergico (Lewis & Levitt, 2002), favorire un'eccessiva produzione e liberazione di dopamina (Howes & Murray, 2014), modificare i pattern di connettività neuronale e predisporre il soggetto a incontrare rilievi emergenziali, facilitando il transito verso esperienze francamente psicotiche. La salienza appare come un dispositivo bio-antropologico capace di evolvere secondo diverse traiettorie, a seconda di fattori individuali e socioculturali; è una funzione di base dell'esperienza umana, presente in ogni individuo con gradi differenti di equilibrio e apertura. Durante l'adolescenza, questo assetto risulta naturalmente più aperto e flessibile, permettendo una più ampia esplorazione dell'ambiente e l'espansione del proprio orizzonte di esperienze. In questa fase dello sviluppo, la determinazione di ciò che è saliente tende a essere meno definita, il che è funzionale all'espansione della prospettiva soggettiva. Quando la salienza viene sottolineata, si può slittare verso la follia, come viene osservato da Henry Grivois, dando la sensazione dell'unicità sostanziale del processo (Grivois, 1991). Con il passaggio all'età adulta, invece, la flessibilità di tale dispositivo tende a stabilizzarsi e a restringersi, e tende a consolidarsi in una struttura più stabile e selettiva.

L'alterazione della salienza non rappresenta di per sé una condizione patologica, quanto piuttosto una modalità dell'esperienza che può, in soggetti vulnerabili, predisporre a sviluppi psicopatologici. Ed è un modello che tende a sciogliere la dicotomia tra comprensibilità e incomprensibilità del delirio, ossia a sfumare la distinzione tra deliri primari e dunque schizofrenici e deliri secondari non schizofrenici.

In tutta coerenza, è a questo spettro, e non più alla singola manifestazione clinica, che Andrea Ballerini e collaboratori si propongono di dare nome, ispirandosi alla *Sindrome della Salienza* (van Os, 2009) o *Disturbo dello Spettro psicotico* (Guloksuz & van Os, 2018) che meglio sembrano cogliere il nucleo transdiagnostico della psicosi.

Il dispositivo antropologico della salienza si pone così al centro tra incrementata ricettività soggettiva e aberrante prominenza oggettuale (Ferro, 2022). Ovviamente l'esperienza percettiva è influenzata dal contesto di progetti, interessi, esperienze, emozioni, azioni entro cui è inserito il soggetto. *Selbstwelt* e *Umwelt*. *Umwelt* e *Mitwelt*. Nel moto pendolare che si attiva, riesce essenziale la donazione di senso (*Sinngebung*) che permette di conferire la Meità (*Meinhaftigkeit*) all'esperienza. Ai fini di una corretta integrazione, si declina la triade costituita da personalità, esperienza vissuta e ambiente, ossia l'incrocio tra un determinato assetto della personalità e determinati eventi specificamente significativi per quel tipo di personalità. Inclmano a evolvere in senso psicotico soprattutto i soggetti che presentano una difficoltà nella costruzione del proprio Sé. Si tratta generalmente di individui cre-

sciuti in contesti familiari che non favoriscono la maturazione e l'autonomia, dove le iniziative personali vengono svalutate e i desideri non trovano riconoscimento. Un soggetto fragile, scarsamente differenziato dall'ambiente e dagli altri, risulta più vulnerabile allo sviluppo di una psicosi a partire dall'adolescenza, quando la gestione delle relazioni tra pari diventa più autonoma: potranno subentrare, allora, le paure di essere invasi dagli altri, sino a configurare un vero e proprio delirio di influenzamento, una incapacità di differenziare se stessi dall'ambiente circostante, oppure, ancora, un ritiro dalla realtà per evitare l'impatto emotivo del contatto con l'Altro. La schizofrenia risulta impossibile in assenza dell'Altro (Kimura, 2005), ma in verità ogni manifestazione psicotica è impossibile in assenza dell'Altro.

La percezione di salienze ambientali e il modo in cui tali stimoli vengono interpretati consentono di dare un significato al mondo, e anche di sviluppare quadri in tutto simili a "deliri" (Jeanneau, 2002). Questo ben si constata quando le alterazioni della salienza si costituiscono come potenzialità evolutiva creativa e artistica (Leoni & Maldonato, 2002). L'*Umwelt* della Natura è allora "una foresta di simboli" che osservano l'uomo e che gli parlano, un luogo i cui "i profumi, i colori e i suoni si rispondono". Un luogo, in cui il paesaggio si carica di significatività misteriose, che l'artista ha la funzione di cogliere ed evidenziare. Il mondo della creatività artistica è dunque un universo in cui tutto può avere vari significati, come nei versi di Charles Baudelaire (Baudelaire, 2004). Si osservi come, nella cultura occidentale contemporanea, l'arte sia uno dei pochi contesti nel quale viene concessa la ricerca e la scoperta di significati che vanno oltre quelli condivisi e accettati, risultati di "invenzioni" che vengono poi acquisiti come le scoperte delle neuroscienze (Kandel, 2025). Non a caso le esperienze dell'arte vengono trattate in parallelo alle esperienze di droga viste, dopo le prove dell'Ottocento, quali modelli per far luce sul processo psicotico. Le sostanze sono state oggetto di accurate attenzioni da parte di insigni psicopatologi (De Giacomo et al., 1962) e viste quale fonte di ispirazione per specifiche produzioni pittoriche (Masters & Houston, 1968). Del tutto recentemente si è indagata la struttura fenomenologica ed esistenziale in caso di assunzione di sostanze (Di Petta & Tittarelli, 2016; Messas, 2022) e si è tornati a chiedersi come questi quadri possano far luce sulla figura della schizofrenia (Ricci et al., 2024) e sul suo intreccio con gli aspetti di personalità al fine di orientare la cura.

In merito a questi ultimi, Andrea Ballerini introduce una metafora marittima: "se interpretiamo ... non solo la dopamina ma più genericamente la salienza come una marea soggetta a oscillazioni e correnti, possiamo paragonare la personalità a una nave. Navi a pescaggio profondo si muovono meglio in condizioni di alta marea o mare mosso, quando la maggiore profondità consente loro di evitare il rischio di incagliarsi o urtare il fondale e la stazza permette loro di dominare le onde; viceversa, in condizioni di bassa marea possono incontrare maggiori difficoltà. Al contrario, le piccole imbarcazioni, grazie al loro pescaggio ridotto, riescono a muoversi agilmente anche in acque basse, ma sono maggiormente esposte al rischio rappresentato dalle correnti e dalle agitazioni del mare che spesso possono accompagnare l'alta marea".

Quando lo psicoterapeuta incontra un paziente psicotico, si trova davanti a qualcuno che porta con sé due livelli narrativi. Il primo riguarda il presente: un mondo che all'improvviso è cambiato, assumendo significati nuovi e spesso inquietanti. Il secondo riguarda il passato: le relazioni familiari, il grado di funzionamento personale e lavorativo, gli interessi, le aspirazioni. Il presente fornisce la struttura del delirio – la sua “grammatica”: le regole relativamente stabili che permettono di riconoscere le percezioni deliranti, la tendenza a trarre conclusioni affrettate, la resistenza alle critiche. Il passato, invece, ne determina i contenuti: chi viene percepito come minaccioso o persecutorio, quale tipo di pericolo incombe (che si tratti del furto di idee geniali o della sensazione che qualcuno possa controllare dall'esterno il proprio corpo). Distinguere questi due piani che si intrecciano nel delirio – la forma legata all'alterazione patologica attuale e i temi radicati nella storia personale – può offrire un orientamento utile per una psicoterapia informata dalla teoria della salienza aberrante. Ma questo sembra far rivivere nella nostra pratica il dilemma (*die Frage*) dei sovrani celtici che volevano dominare le maree, in particolare la leggenda di Re Canuto “aggraziato e magnifico” nel racconto di Enrico di Huntingdon (sec. XII). Canuto portò il trono sulla riva del mare; vi si sedette e ordinò alla marea in arrivo di fermarsi e non bagnare i suoi piedi e le sue vesti. Eppure “continuando a salire come al solito [la marea] precipitava su piedi e gambe senza rispetto per la sua persona reale”. Quindi il re fece un balzo all'indietro, dicendo: “Fai sapere a tutti gli uomini quanto è vuoto e senza valore il potere dei re, nessuno è degno di questo nome, tranne colui al quale il cielo, la terra e il mare obbediscono secondo leggi eterne”.

La marea contemplata da Re Canuto evoca l'equilibrio dinamico tra salienza adattiva e aberrante ed evidenzia come l'esperienza soggettiva del mondo vissuto, quando non sia problematica in eccesso, contribuisca alla sua ricchezza e novità, alla sua “meraviglia”. Eppure, Andrea Ballerini ci affida una riflessione: i “sentieri ... possono incrociarsi, procedere, interrompersi, riprendere e deviare, nel continuo andare avanti che è la vita”, un flusso che il poeta Sandro Penna contempla “nel dolce rumore della vita” (Pecora, 2022). Nelle esistenze dei nostri pazienti si disegnano tragitti e punti nevralgici, i loro percorsi, come le passeggiate di Kant lungo il viale di tigli a Königsberg o quelle di Heidegger nella Foresta Nera procedono “come continuo sviamento, come irriducibile erranza” (Heidegger, 1950). E tuttavia rivela Joyce “Noi camminiamo attraverso noi stessi, incontrando ladroni, spettri, giganti, vecchi, giovani, mogli, vedove, fratelli adulterini, ma sempre incontrando noi stessi” (Joyce, 1922). Il pastore di Leopardi o il Walser delle drammatiche passeggiate circolari lungo il perimetro dell'Istituto psichiatrico di Herisau (Walser, 1917), obbediscono a una curvatura destinale, le “costellazioni” osservate nel cielo orientano e, nel riflettersi sulla superficie oscillante del mare, segnano mappe di navigazione (Janzarik, 2024). Eppure “la meta [...] è il vagare stesso, il farsi condurre dall'invisibile”, e sussurra Walser “Ma da *dove* scrivono Hölderlin e Nietzsche? Qual è il nome di questa regione ignota, dove follia e innocenza si confondono?”.

Bibliografia

- Ballerini A. & Di Petta G. (2016). *Oltre e di là dal mondo: l'essenza della schizofrenia. Fenomenologia e psicopatologia*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- Baudelaire C. (2004). *Scritti sull'arte*. Torino: Einaudi.
- Beringer K. (1927). *Der Meskalinrausch. Seine Geschichte und Erscheinungsweise*. Verlag, Berlin: Julius Springer.
- Beringer K. (1932). Zur Klinik des Haschischrausches. *Der Nervenarzt*, 5, 337.
- Berridge K.C. (1999). *Pleasure, pain, desire and dread: hidden core processes of emotion*. In *Pleasures of the Brain*. Oxford, U.K.: Oxford University Press, pp. 222-243.
- Berrios G.E. & Beer D. (1994). The notion of unitary psychosis: a conceptual history. *History of Psychiatry*, 5, 17, 13-36.
- Blankenburg, W. (1998). *La perdita dell'evidenza naturale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bleuler E. (1918). Störung des Assoziationsspannung, ein Elementarsymptom der Schizophrenien. Eine Hypothese. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin*, 74, 1-21.
- Bleuler E. (1922). Die probleme der schizoidie und der syntonie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 78, 373-399.
- Bonhoeffer K. (1910). *Die symptomatischen Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen*. Leipzig und Wien: F. Deuticke.
- Bonhoeffer K. (1934). Die Bedeutung der exogenen Faktoren bei der Schizophrenie. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 88, 201-215.
- Borges J.L. (2000). *Il sogno di Coleridge in Altre Inquisizioni*. Milano: Adelphi.
- Borgna E. (1995). *Come se finisse il mondo. Il senso dell'esperienza schizofrenica*. Milano: Feltrinelli.
- Borgna E. (2020). *Il fiume della vita. Una storia interiore*. Milano: Feltrinelli.
- Callieri B. (1959). Lo stato d'animo delirante. Contributo psicopatologico. *Rivista sperimentale di freniatria*, 83, 86.
- Callieri B. (1962). *Aspetti psicopatologico-clinici della "Wahnstimmung"*, in Kranz H. (a cura di) (1962) *Psychopathologie heute*, Stuttgart: Thieme, pp 72-80.
- Callieri B. (2006). Per un'inquieta fenomenologia dell'attenzione. *Segni e Comprensione*, XX, 57, 13-24.
- Chaslin P. (1912). *Éléments de sémiologie et clinique mentales*. Paris: Asselin et Houzeau.
- Conrad K. (2013). *La schizofrenia incipiente. Un saggio di analisi gestaltica del delirio*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
- de Clérambault G.G. (1942). *Oeuvre psychiatrique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- De Giacomo U., et al. (1962). *Le psicosi sperimentali*. Milano: Feltrinelli
- Di Petta G. & Tittarelli D. (a cura di) (2016). *Le psicosi sintetiche. Il contributo della psicopatologia fenomenologica italiana alle psicosi indotte da sostanze*. Roma: Giovanni Fioriti Editore
- Di Petta G. (1996). *Il mondo sospeso. Psicopatologia del presagio schizofrenico*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
- Esquirol J.E.D. (1805). *Des passions, considérées comme causes, symptômes, et moyens curatifs de l'aliénation mental*. Paris: Didot le Jeune.
- Esquirol J.E.D. (1838), *Des maladies mentales, considérées sous les rapports médicaux, hygiénique et médico-légal*, 2 vol. Paris: Baillière
- Ferro F.M. & Grosso L. (1995). *Sintomi di base e crisi psicotica iniziale*, in Maggini C. (a cura di) (1995). *Psicopatologia e clinica della schizofrenia*. Pisa: ETS, 131-152.
- Ferro F.M. (1987). *Crisi specchio della struttura*, in Di Petta G. et al. (a cura di) (2014) *L'ora del vero sentire: corpo, delirio, mondo. La seconda generazione della psicopatologia fenomenologica italiana*, Roma: Giovanni Fioriti, 57-71.
- Ferro F.M. (2001). Riflessioni sulle 'schizofrenie' di Bleuler. *Frammenti - Rivista di Psichiatria*, 10, 2, 93-98.
- Ferro F.M. (2010). Esperienze psicotiche: questioni di struttura. *Comprendre* n°21, Archive International pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques, 182-195.
- Ferro F.M. (2022). *In tema di "allucinazioni" e "allucinatorio"*, in Nicolò A.M. (a cura di) (2022). *La mente sensoriale e lo spettro allucinatorio. Risonanze tra psicoanalisi e neuroscienze*. Milano: FrancoAngeli, 199-214.
- Ferro F.M. (2023). In tema di delirio somatico. *Nóos*, 29, 1, 29-45.
- Grivois H. (1991). *Psychose naissante, psychose unique?* Paris: Masson.
- Guislain J. (1838). *Abhandlung über die Phrenopathien oder neues System der Seelenstörungen*. Stuttgart und Leipzig.
- Guloksuz S. & van Os J. (2018). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological Medicine*, 48, 229-244.
- Heidegger M. (1950). *Holzwege*. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann.
- Howes O.D. & Murray R.M. (2014). Schizophrenia: An integrated sociodevelopmental-cognitive model. *The Lancet*, 383(9929), 1677-1687.
- Huber G. (1957). Die coenästhetische Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 25, 491-520.
- Janzarik W. (2024). *Costellazioni dinamiche di base nelle psicosi endogene. Un contributo alla tipologia differenziale dei fenomeni deliranti*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.

- Jaspers K. (1913) *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologe*. Heidelberg-Berlin: Springer.
- Jeanneau A. (2002). *I deliri non psicotici*. Genova-Milano: Marietti 1820.
- Joyce J. (1922). *Ulysses*. Paris: Shakespeare & Company.
- Kandel E.R. (2025). *Arte e scienza*. Milano. Raffaello Cortina
- Kapur S. (2003). Psychosis as a state of aberrant salience: A framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 13-23.
- Kety S.S. et al. (1976). Mental illness in the biological and adoptive families of adopted individuals who have become schizophrenic. *Behavioral Genetics*, 6(3), 219-225.
- Kimura B. (2005). *Scritti di psicopatologia fenomenologica*. Roma: Giovanni Fioriti Editore
- Klosterkötter J. (1988). *Basissymptome und Endphänomene der Schizophrenie*. Heidelberg: Springer.
- Kretschmer E. (1921). *Körperbau und Charakter: Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten*. Berlin: Springer.
- Leoni F. & Maldonato M. (a cura di) (2002). *Al limite del mondo. Filosofia, estetica, psicopatologia*. Bari: Edizioni Dedalo.
- Lewis D.A. & Levitt P. (2002). Schizophrenia as a disorder of neurodevelopment. *Annual Review of Neuroscience*, 25(5), 409-432.
- Masters R. & Houston J. (1968). *Arte psichedelica*. Milano: Bompiani
- Messas G. (2022). *La struttura esistenziale dell'abuso di sostanze. Uno studio psicopatologico*. Roma: Giovanni Fioriti Editori.
- Moreau de Tours J.J. (1845). *Du Hachisch Et de L'Alienation Mentale: Études Psychologiques*. Paris: Librairie de Fortin, Masson.
- Parnas J., et al. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*, 38(5), 236-258.
- Pecora E. (2022). *Nel dolce rumore della vita. Biografia di Sandro Penna*. Vicenza: Neri Pozza.
- Pinel P. (1798). *Nosographie philosophique ou la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. Paris: J.A. Brosson.
- Pinel P. (1801). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Paris: Caille & Ravier.
- Pointeau-Lagadec E. (2020). *Le Club des hachichins. Du mythe à la réalité*. Paris: Le Manuscrit.
- Ricci V., Martinotti G. & Maina G. (2024). Substance-induced psychosis: Diagnostic challenges and phenomenological insights. *Psychiatry International*, 5(4), 759-772.
- Rossi Monti M. (2008). *Forme del delirio e psicopatologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Schneider K. (1950). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Tallis F. (2019). *Breve storia dell'inconscio, Esploratori della mente nascosta da Leibniz a Hitchcock*. Milano: Il Saggiatore.
- van Hagen F.W. (1837). *Die Sinnestäuschungen in Bezug auf Psychologie, Heilkunde und Rechtspflege*. Leipzig: Verlag von Otto Wigand.
- van Os J. (2009). 'Salience syndrome' replaces 'schizophrenia' in DSM-V and ICD-11: psychiatry's evidence-based entry into the 21st century? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 363-372.
- Walser R. (1917). *Der Spaziergang*. Frauenfeld: Huber.

Introduzione

Andrea Ballerini

“Non si deve imparare la psicopatologia, ma si deve imparare a osservare psicopatologicamente, a porre problemi psicopatologicamente, ad analizzare e a riflettere psicopatologicamente”.

Jaspers, 1965, V

Perché parlare di salienza?

Il libro che vi apprestate a leggere porta con sé la storia di anni di lavoro, di incontri e di ricerca. Parla del tentativo di unire le diverse prospettive – la fenomenologia, la ricerca neurobiologica e la farmacologia – che hanno caratterizzato la mia formazione e il mio modo di lavorare come psichiatra prima di un servizio pubblico di salute mentale, quindi di un’istituzione universitaria. Seguendo le orme di Karl Jaspers, il testo *“vuole soprattutto prospettare problemi e quesiti, proporre metodi di studio; invece di esporre un sistema formulato in base a una teoria, esso vorrebbe prospettare un ordinamento basato su un principio di riflessione metodologica”*. Il libro si propone infatti come un compendio di psicopatologia clinica rivolto soprattutto a specialisti in formazione e tratterà di percorsi psico(pato)logici, motivo per cui mi sembra calzante condividere con il lettore il percorso che mi ha condotto a incontrare la salienza aberrante.

Mi iscrissi alla facoltà di Medicina e Chirurgia a metà degli anni Settanta, un’epoca in cui la psichiatria stava ancora cercando un’identità, tra manicomi da dismettere e nuove aperture terapeutiche. La fenomenologia mi è stata trasmessa a casa fin da piccolo, insieme alla lettura dei classici della psicopatologia: Karl Jaspers in primis, ma anche Ludwig Binswanger, Wolfgang Blankenburg, Eugène Minkowski, Kurt Schneider e molti altri. Durante gli anni di Università, le uniche discipline che mi avevano davvero appassionato erano state psichiatria, farmacologia e tossicologia. Il resto lo avevo vissuto come necessario ma spesso distante. Ricordo bene quando Carlo Gentili, amico di mio padre Arnaldo e suo compagno di letture ai tempi della specializzazione, cercò di dissuadermi dal diventare psichiatra: “Se proprio vuoi farlo, prima di tutto, prima di fare lo psicoanalista, lo psicobiologo, il fenomenologo, fai il mattologo”, mi disse. E così feci.

Dopo la laurea, mi iscrissi alla Scuola di Specializzazione in Psichiatria. Il mio interesse per i percorsi psicopatologici, sulle strade che portano le persone ai quadri clinici di interesse psichiatrico, nacque al secondo anno di specializzazione. Ero, allora, in prima linea, alle prese con molti pazienti e con l’entusiasmo di chi si è appena immerso in un mondo nuovo. Fu allora che iniziai a occuparmi di suicidio.

Andando a ricostruire una specie di anamnesi psicopatologica nel percorso delle persone che avevano messo in atto tentativi di suicidio si poteva osservare come, all'inizio, vi fossero situazioni prodromali, situazioni di perdita dei punti di riferimento, analoghe a quello che Callieri definisce "perplexità": erano, queste, situazioni magmatiche, in cui la relazione con il mondo diventava indefinita, o si fratturava la normale costruzione del significato del mondo. In questa fase a un certo punto si realizzava l'idea del suicidio. A quel punto, dal caos, si passava alla calma, perché la progettualità legata al suicidio dava senso e direzione. Con una tesi su quel tema mi specializzai e iniziai dunque a lavorare sul territorio, con un primo incarico nel quartiere 1 di Firenze, poi all'Ospedale Psichiatrico di San Salvi, nel periodo in cui stava lentamente chiudendo e ospitava quello che con un orribile termine veniva descritto come "residuo manicomiale". Fui tra gli ultimi a fare le guardie notturne al vecchio manicomio. In quegli anni, la dottoressa Graziella Magherini, recentemente scomparsa, stava progettando una nuova struttura riabilitativa in Borgo Ognissanti a Firenze. Proposi un progetto ibrido, a metà tra struttura residenziale e Day Hospital, rivolto ai giovani al primo episodio psicotico, con percorsi riabilitativi flessibili, adattabili. La proposta venne accolta. Si cercava, allora, di riconciliare la frattura che si era creata nell'esistenza del soggetto per ricondurlo alla possibilità di ritrovare se non forse un'ovvietà del mondo, perlomeno un modo per avvertire con meno fatica la sofferenza di sentirsi scissi tra una realtà non più evidente e l'altrove indefinito della psicosi. Si usavano i farmaci, certo, ma il dialogo, l'accompagnamento, il contatto dell'umano con l'altro umano con il tentativo di comprenderlo erano l'aspetto centrale del lavoro di allora. Lì lavorai fino a metà degli anni Novanta, quando mi trasferii prima a lavorare in un centro diurno vicino alla Basilica di Santa Croce e, intorno al 1997, mi trovai "coordinatore" del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura della zona centrale di Firenze.

Tra le mura antiche dell'Ospedale di Santa Maria Nuova iniziai a confrontarmi con l'apparente incomprensibilità dell'acuzie, il momento della crisi in cui il vecchio mondo è ormai crollato e si cercano nuovi significati, talora trovandoli nel delirio. Anche qui, ho cercato di portare la necessità di comprendere, di accompagnare, di stare vicini senza forzature o oppressioni. In dieci anni di coordinamento, ho combattuto contro l'utilizzo delle contenzioni per evitare che la nuova salute mentale portasse i segni della vecchia oppressione manicomiale, ma soprattutto riconoscendo l'inutilità tecnica di queste procedure, anzi la loro "nocività" rispetto a un percorso terapeutico, perdendo in tal modo la possibilità dell'incontro con il differente da sé in favore del contenimento fisico della devianza.

Fu negli anni Novanta che iniziai a entrare in contatto con il pensiero internazionale sulla prevenzione in psichiatria. Partecipando a diversi congressi internazionali, venni in contatto con Patrick McGorry, pioniere dell'intervento precoce nelle psicosi, e con il modello australiano che stava sviluppando a Melbourne. Ricordo con chiarezza quella sensazione di apertura improvvisa: la possibilità concreta di costru-

ire servizi non solo reattivi, ma capaci di anticipare la crisi, di intercettare la sofferenza nei suoi primi segnali. Quell'incontro con l'esperienza australiana si intrecciò con un viaggio negli Stati Uniti, dove conobbi Daniel Weinberger e approfondii gli aspetti neurobiologici delle psicosi. Nello stesso periodo fui ospite dell'Università della California di Los Angeles, dove Robert Liberman si occupava di riabilitazione psichiatrica.

In quegli anni, sentivo chiaramente dentro di me una doppia tensione: da una parte, il mio background jaspersiano, ancorato alla fenomenologia descrittiva e alla riflessione clinica psicopatologica; dall'altra, l'apertura all'approccio anglosassone e australiano, che metteva al centro non solo la neurobiologia, ma anche l'organizzazione dei servizi, la prevenzione, la tempestività dell'intervento. Non si trattava di rinnegare un'origine, ma di contaminare saperi, metterli in dialogo.

Mi avvicinai anche al lavoro di Thomas McGlashan dell'Università di Yale, che avemmo la fortuna di ospitare in un convegno a Firenze, i cui studi mettevano in relazione la durata della psicosi non trattata (il cosiddetto DUP, *Duration of Untreated Psychosis*) con l'esito clinico nei primi episodi. I risultati erano chiari: i pazienti individuati precocemente mostravano meno sintomi alla prima ospedalizzazione rispetto a quelli giunti tardi all'attenzione clinica e una significativa riduzione del rischio suicidario.

Sempre in relazione al rilevamento precoce delle prime situazioni di rischio psicotico, negli stessi anni fui attratto dal lavoro di Joachim Klosterkötter sui "sintomi di base", un altro contributo fondamentale nel delineare l'architettura del rischio psicotico prima della sua esplosione manifesta.

Ma fu solo nei primi anni Duemila che avvenne l'incontro decisivo. Mi trovavo a Vancouver per partecipare all'*International Congress on Schizophrenia Research*, che si teneva a Whistler Mountain. Fu lì che conobbi Shitij Kapur, allora entrato all'Università di Toronto. Ricordo con precisione quell'incontro, perché segnò per me un'apertura decisiva verso una nuova concezione del trattamento dell'acuzie. Kapur presentava i suoi studi sul funzionamento dei farmaci antipsicotici in relazione a quella che verrà poi conosciuta come ipotesi della salienza aberrante, che incontreremo più avanti nel testo. Rimasi affascinato dalla sua capacità di tenere insieme dati neurobiologici e fenomenologia clinica. In quel momento, compresi che il trattamento, non solo farmacologico ma anche e soprattutto relazionale, poteva essere rivisitato in modo radicalmente nuovo.

Queste intersezioni, più che aggiornamenti professionali, furono passaggi che contribuirono a trasformare la mia idea di psichiatria. Non più solo osservazione del sintomo e risposta alla crisi, ma costruzione di un pensiero che tenesse insieme tempo, contesto, possibilità. Una clinica che non aspetta, ma che si muove. Per comprendere ciò che è radicalmente diverso da sé servono carte geografiche e la fenomenologia e la neurobiologia in parte le forniscono. Per curare la psicosi servono però anche terapie e anche queste oggi, fortunatamente, sono disponibili. Nella

teoria di Kapur trovai una possibile via di sintesi, una possibilità per unire i diversi approcci in un'unica cornice di lettura, onde evitare di sostare in paradigmi mentali totalmente diversi quando si parla con un paziente e quando si prescrive un farmaco.

L'ipotesi della salienza aberrante fornì a me e i miei colleghi una chiave di lettura per accedere al vissuto di un paziente immerso in un mondo radicalmente altro, per comprendere come alcune esperienze possano essere legati a un iperfunzionamento del sistema dopaminergico e per costruire una epistemologia del trattamento psico(farmaco)terapeutico. La salienza contribuì poi a chiarire alcuni aspetti circa il passaggio da vulnerabilità a malattia in un contesto d'uso di sostanze: a partire dagli anni Duemila a Santa Maria Nuova così come nel resto d'Italia iniziammo infatti a incontrare casi sempre più numerosi di psicosi legati alla cannabis ad alta potenza e ad altri esogeni.

La teoria, pur non risolvendo la scissione del paziente (per quella era necessario il lavoro dell'incontro, giorno dopo giorno, e della cura), risolveva la scissione del clinico, che poteva evitare di sentirsi di volta in volta fenomenologo, farmacologo, neurobiologo, aderendo in ogni momento a schemi di lettura totalmente diversi.

Dopo l'esperienza a Santa Maria Nuova, lavorai per un certo periodo nel quartiere 3 di Firenze, e arrivai dunque alla Clinica Universitaria dell'Ospedale Careggi. Lì cominciai dapprima a occuparmi di *Long Acting Injectables* di seconda generazione. All'inizio ero estremamente scettico. Venivo dall'epoca dei "depot", che avevo criticato apertamente. Mi sembravano strumenti di controllo più che di cura, capaci di cancellare il paziente sotto la maschera del farmaco. E invece, lavorando con i nuovi farmaci, capii che la questione era un'altra: tutto dipendeva dalla relazione. Se la terapia veniva scelta insieme, in un contesto di fiducia, il farmaco poteva diventare un alleato della qualità della vita. Così cominciammo a studiare proprio questo: non solo la compliance, ma il vissuto del trattamento, la percezione soggettiva del miglioramento, l'effetto sul funzionamento quotidiano.

Fino alla prima metà degli anni Duemila, l'attenzione alla teoria di Kapur era rimasta clinica, ma non aveva condotto a ricerche specifiche. Nel 2010 fu però validato il questionario *Aberrant Salience Inventory*, uno strumento psicometrico specificatamente disegnato per indagare tale dimensione, che decidemmo di tradurre e implementare nei nostri studi. Da allora, la teoria della salienza aberrante è diventata uno dei filoni di ricerca principali del mio gruppo di lavoro. Abbiamo studiato la salienza aberrante nei pazienti con psicosi, ma anche nella popolazione generale, focalizzandoci su specifici gruppi come gli utilizzatori di cannabis e gli artisti. I dati ottenuti ci hanno fatto vedere che le alterazioni della salienza sono presenti in vari gruppi, anche non clinici, lasciando immaginare varie modalità per vivere, convivere e utilizzare la salienza aberrante.

Una sintesi di questo lungo percorso – mi verrebbe da dire, del percorso di una vita – si troverà nelle pagine che state per leggere. Spero che possano essere utili a rimettere insieme i dati spesso di varia provenienza e talora confusivi che ogni clinico

si trova a incontrare nella sua formazione. Il punto a cui siamo arrivati in questi anni è che il discorso sulla salienza è un discorso molto più ampio di quello relativo alla clinica psichiatrica. Il ramo psicopatologico è per l'appunto un ramo, ma la salienza è un costrutto antropologico più vasto che coinvolge l'uomo, la sua esperienza del mondo in cui vive e le sue capacità di restituire tale esperienza alla collettività.

Questa prospettiva si inserisce nel solco della psichiatria territoriale nata dopo gli anni Ottanta, che ho visto proporsi e modificarsi. La legge 180, rivoluzionaria per l'epoca, avrebbe dovuto rappresentare solo l'inizio di un percorso più ampio e complesso: un cambiamento strutturale, clinico e culturale della psichiatria italiana. Tuttavia, a distanza di oltre quarant'anni, quel percorso appare oggi incompiuto. A differenza di quanto accade in molte altre parti del mondo, dove la psichiatria si apre al territorio e interviene precocemente sulla sofferenza psichica, in Italia ho l'impressione si rimanga spesso ancorati a un modello assistenziale tradizionale. Ad oggi mancano dati affidabili sulla durata della psicosi non trattata, mancano investimenti su programmi di prevenzione, manca una visione prospettica. Eppure, negli ultimi decenni è cambiato tutto: le sostanze, i pazienti, le età di esordio, il rischio suicidario, il livello di sofferenza adolescenziale, la società, la tecnologia. Ad oggi, ad esempio, mi sembra anacronistico mantenere la rigida separazione tra neuropsichiatria infantile e psichiatria dell'adulto, tra servizi per le dipendenze e centri di salute mentale, tra psicosi affettive e schizofreniche. Aveva forse un senso un tempo, ma oggi, di fronte a una sofferenza giovanile che sfuma tra disagio, uso di sostanze e vulnerabilità psichica, servirebbe una psichiatria che sappia ridefinire sé stessa. Forse, come suggeriva Wittgenstein, anche il nome proprio di "psichiatria" andrebbe messo in discussione, perché le parole non sono mai neutre. Forse sarebbe il momento di parlare semplicemente di "strutture di aiuto", capaci di accogliere, ascoltare, accompagnare, senza etichettare. Una nuova visione potrebbe provenire da un'antropologia della cura, come quella suggerita dal concetto di salienza aberrante, che reinserisce l'uomo nel suo mondo e riconnette la sofferenza con la realtà circostante. La prospettiva antropologica aperta dalla salienza aberrante legge la psicosi come un particolare modo di essere-nel-mondo del soggetto sofferente, combaciando perfettamente con l'idea di una psichiatria inserita davvero nel territorio vero. Solo una psichiatria che si faccia davvero territorio – che entri nelle scuole, nei quartieri, nei contesti di vita – potrà rispondere alle sfide del presente.

Ai futuri colleghi e alle future colleghe rivolgo pertanto l'invito chiaro e urgente a muoversi, a non rimanere intrappolati in una psichiatria statica, fatta di attese nei reparti di degenza o negli ambulatori, una psichiatria reazionaria e ripetitiva che prosciuga le energie, alimenta la frustrazione, il senso di impotenza e il burnout. A questa visione mi piace opporre l'idea di una psichiatria dinamica, che cammina, che si espone, che va incontro alle persone, alle loro storie e ai luoghi concreti della sofferenza, un approccio che esce dagli ambulatori per abitare il territorio nella sua complessità. Questo cambiamento non è solo di metodo, ma di sostanza: significa

progettare interventi di prevenzione primaria e secondaria, valutare i rischi e agire prima che la sofferenza si cronicizzi. Vuol dire costruire percorsi agili e personalizzati, capaci di intercettare il disagio prima che diventi malattia. Una psichiatria dinamica è anche quella che sa superare le etichette diagnostiche categoriali e muoversi verso la complessità delle dimensioni, psicopatologiche e non, che si intrecciano nella vita del paziente.

Per fare ciò occorre restare vicini al vissuto del paziente. La vera competenza nasce dall'ascolto profondo, dal rispetto per il mondo interno dell'altro. Occorre saper essere profondamente fenomenologici, nel senso autentico del termine: saper sostare nel dubbio, osservare, sentire, lasciarsi toccare, senza precipitarsi verso diagnosi, interpretazioni o prescrizioni. Per questo, a chi si forma in psichiatria o psicologia, raccomando di coltivare la capacità di abitare il tempo e lo spazio della cura.

La formazione fenomenologico-descrittiva insegna a incontrare il vissuto del paziente con rigore e rispetto, la formazione fenomenologico-esistenziale a giocare la cura non solo sul vissuto, ma su coordinate esistenziali profonde quali il corpo, il tempo, lo spazio, a patto di evitare la rincorsa ontologico-eidetica verso le "essenze", che espone al rischio di visioni totalizzanti e di perdere il contatto con la complessità della persona.

Lo spazio può riferirsi allo spazio fisico, ad esempio quello di un Servizio di Diagnosi e Cura, che deve saper essere terapeutico, contenitivo ma non segregativo. Deve essere uno spazio sufficientemente ampio per accogliere il movimento del paziente, fisico e mentale, e per accompagnare la ricostruzione del legame con l'Altro. La porta, in questo senso, è una soglia e un simbolo: si apre quando la relazione terapeutica è solida abbastanza da sostenere un "fuori", si chiude quando il pericolo di una frattura o di un agito è imminente.

Ma oltre allo spazio fisico esiste uno spazio interno: quello del clinico e del paziente. Più che uno spazio, forse avrebbe più senso immaginarlo come un tempo. Il tempo che il paziente si concede per raccontare il proprio vissuto e che il clinico offre per accoglierlo, tollerando l'incertezza e sospendendo il giudizio. Lo spazio della psicopatologia fenomenologica non è solo una tecnica, ma un'attitudine: lo spazio interiore che ogni clinico deve impegnarsi a coltivare.

Concedere tempo non significa rimandare l'intervento, ma aprire un varco. È in questo tempo che il paziente può cominciare a narrare, a dare forma e senso alla propria esperienza, e che noi possiamo cominciare a comprenderla. Perché ogni cura autentica nasce dal riconoscimento dell'altro come soggetto, non come diagnosi clinica. Solo così si potrà restituire alla psichiatria la dignità epistemologica e umana che troppo spesso si perde nella macchina burocratica.

Questo libro parlerà dunque della teoria della salienza aberrante delle psicosi, argomento che ha ancora senso affrontare, pur a vent'anni di distanza dalle prime proposte di Kapur all'inizio degli anni Duemila. Negli ultimi anni, le neuroscienze hanno affinato le tecniche di imaging cerebrale e l'analisi dei circuiti dopaminergi-

ci, offrendo nuove prove sul ruolo della dopamina nella percezione della salienza. Studi più recenti hanno anche esplorato il coinvolgimento di altri sistemi neurotrasmettitoriali (glutammato, GABA), ampliando il modello originario. Con l'avvento della psichiatria di precisione, la teoria della salienza aberrante può inoltre aiutare a caratterizzare meglio l'intersezione tra personalità, situazioni di vita ed esperienze di salienza aberrante, migliorando l'approccio clinico e farmacologico con il paziente psicotico. La diffusione della realtà virtuale e aumentata in ambito clinico sta permettendo poi di esplorare in tempo reale come i pazienti percepiscono la salienza degli stimoli, aprendo nuove possibilità per diagnosi e trattamenti. La crescente diffusione di alcune nuove sostanze psicoattive sta rendendo sempre più urgente comprendere il loro ruolo nell'alterazione della salienza e nella vulnerabilità psicotica. In ultimo, per quanto concerne l'intervento psicoterapeutico, la teoria della salienza aberrante può costruire un ponte con teorie psicodinamiche sulla costruzione del significato e la perdita di ancoraggi simbolici nella psicosi, così come con teorie cognitive sui bias di ragionamento, per costruire un approccio psicoterapeutico personalizzato alle esigenze del paziente.

Nei primi capitoli affronteremo le basi filosofiche (Capitolo 1) e psicopatologiche (Capitolo 2) della teoria della salienza aberrante. Ci occuperemo dunque della neurobiologia della salienza aberrante e delle sue ricadute diagnostiche (Capitolo 3) per poi addentrarci nell'analisi dei fattori di rischio e protettivi allo scompenso (Capitolo 4). Successivamente, metteremo insieme le nostre concettualizzazioni all'interno di alcuni percorsi psicopatologici prototipici, al fine di comprendere meglio vari modelli di situazioni cliniche (Capitolo 5). In ultimo, proporremo uno sguardo su come la teoria della salienza aberrante può informare e consolidare la psicoterapia delle psicosi (Capitolo 6).

Scrivere questo libro – e, ancor prima, viverne le tappe – è stato un percorso profondamente emozionante. Le riflessioni che proponiamo si confronteranno con le fonti originali della tradizione fenomenologica e psicopatologica, intrecciandosi in un dialogo serrato con l'intento di offrire ai lettori e alle lettrici una bussola chiara e coerente per orientarsi nella complessa letteratura sul tema. Ci auguriamo che questa esperienza possa rivelarsi coinvolgente e stimolante.

Firenze, giugno 2025

