

FENOMENOLOGIA E PSICOTERAPIA: UNA RICERCA SUL CONTRIBUTO DELLA RIVISTA COMPRENDRE

N. DELLADIO

Il presente contributo vuole essere un vero e proprio tratteggio e insieme una sottolineatura dei passaggi più significativi che hanno riguardato la ricerca per la mia tesi di laurea in psicologia, discussa presso l'Università di Padova nel giugno del 2005.

Ho voluto mantenere questo lavoro il più possibile aderente al percorso originariamente tracciato, con una tensione rivolta all'inaspettato, al non ancora accaduto; consapevole che se fossi riuscito a trovare la piattaforma sottostante a quello che considero sempre più come un mezzo, uno strumento generativo di cambiamento, trans-formativo, curativo e quindi in definitiva terapeutico, sarei riuscito nell'impresa di *con-fidare* in una fenomenologia declinabile terapeuticamente e *con-fermare* ancora una volta, con Lorenzo Calvi, che fenomenologia è psicoterapia.

I. NASCITA E SVILUPPO DELLA RIVISTA COMPRENDRE

Sono passati diciotto anni dal 1988, anno in cui, grazie all'impulso e allo slancio personale del prof. Lorenzo Calvi, nasce la rivista COMPRENDRE che si presenta con la finalità primaria di «far incontrare in una medesima pubblicazione i cultori dell'antropologia e della psico-

patologia fenomenologiche, abituati a disperdere i loro contributi in varie sedi»¹. Successivamente questo stesso proponimento si rende evidente con la modifica del sottotitolo: da *Archive Internationale pour l'Anthropologie Phénoménologique* (numero 7, 1994), *COMPRENDRE* diventa, a partire dal numero 8 (1998), *Archive Internationale pour l'Anthropologie et la Psychopathologie Phénoménologiques*. Lo stesso anno, quattro anni dopo la costituzione della Società Italiana per la Psicopatologia (S.I.Psp.) (3 novembre 1994), l'avvenuto cambiamento del sottotitolo con l'aggiunta della dicitura *et la Psychopathologie* sta a indicare che «gli strettissimi rapporti tra *COMPRENDRE* e la Società e la comunanza dei loro interessi hanno portato a far sì che da questo numero *COMPRENDRE* si presenti come “organo ufficiale” della Società stessa» (Calvi, 1998, p. 5). Calvi conosce personalmente molti studiosi affascinati dal rapporto indisciungibile che lega la prassi psichiatrica e/o psicopatologica alla fenomenologia sia in Italia che all'estero, in Francia specialmente, dove lo porta di preferenza la conoscenza della lingua. Volendo dare un taglio internazionale alla rivista egli decide per un titolo in francese, che richiama un articolo molto conosciuto di Henry Maldiney. Fin dall'inizio la rivista è aperta sia a psichiatri che a filosofi e pubblica testi in italiano, in francese ed in inglese. Calvi non incontra nessuna difficoltà nell'ottenere la collaborazione di personaggi celebri come H. Tellenbach, R. Kühn, A. Vergote, F. Barison, G. Lantéri-Laura e altri. I primi quattro numeri vengono dattiloscritti, fotocopiati e distribuiti in un centinaio di copie a spese del fondatore. Poi Calvi decide di affrontare l'avventura della stampa e si appoggia così, per un paio di numeri, alla RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIAITRIA, che accetta di pubblicare e distribuire *COMPRENDRE* ai suoi abbonati come supplemento. Per questi numeri interviene il sostegno economico d'una banca e di alcune ditte farmaceutiche, ma poi questo appoggio viene meno. Quando *COMPRENDRE* diviene organo ufficiale della Società Italiana per la Psicopatologia si affida per la distribuzione alla rivista PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA. Questi rapporti si comprendono meglio pensando che la Società suddetta, ideata e tutt'ora presieduta dal prof. Arnaldo Ballerini, conta tra i suoi soci fondatori lo stesso Calvi e il direttore di PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA, il prof. Giovanni Gozzetti. La stessa rivista è stata fondata nel 1963 dal prof. Ferdinando Barison, uno dei più illustri rappresentanti del movimento antropofenomenologico in Italia. Da alcuni anni *COMPRENDRE* esce con un fascicolo all'anno; viene stampato in circa 500 copie presso la tipografia La Garangola di Padova.

¹ Calvi L., comunicazione personale.

II. LEGITTIMITÀ DELL'ADOZIONE DI UN ORIENTAMENTO FILOSOFICO NELLA PRASSI PSICHIATRICA: LA POSIZIONE ASSUNTA DA COMPRENDRE

Su questo argomento comincerò con l'analizzare il contributo dato al problema epistemologico nella "soluzione" proposta da Arnaldo Ballerini; la sua è una prospettiva che potremmo definire "clinico-psicopatologico-nosografica". L'obiettivo è quello di sviluppare il tema del "rapporto fra approccio fenomenologico e biologico in psichiatria" (Ballerini, p. 9), riferendosi nel farlo, alla «rigorosa indagine di Husserl sui fatti e fenomeni manifesti nella coscienza lungo il percorso del conoscere, e in particolare al modello epistemico che dobbiamo al pensiero di Gadamer [...]» (*ibid.*). A. Ballerini ritiene (pp. 9 e 10):

«1) che una volta evidente che la nosografia psichiatrica convenzionale è un compagno inaffidabile non solo per la terapia ma anche per la ricerca biologica [...] il piano di riferimento che resiste sia quello della psicopatologia e della sua vocazione trans-nosografica;

2) che, a un livello più teorico, la vecchia divaricazione-opposizione diltheyana fra Scienze della Natura e Scienze dello Spirito, come del resto quella jaspersiana fra *Erklären* e *Verstehen*, ha mostrato continui varchi e passaggi e non è più sostenibile una secca dicotomia [...];

3) che la indispensabile pluralità dei metodi di ricerca in psichiatria ed il loro rinvio a saperi specialistici diversi, riguardi appunto delle tecniche, ma comporti tuttavia una unitaria cornice, comune del resto ad ogni conoscere, che proprio perché in comune ne permette e ne rende necessaria la loro integrazione, in una virtuosa complementarità fra ricerca fenomenologica e ricerca empirica. [...] Il nostro modo di procedere nella conoscenza implica comunque un "circolo ermeneutico" nel quale si verifica, che il ricercatore ne sia consapevole o no, un continuo reciproco passaggio e rinvio fra pre-cognizioni generalizzanti, o, per chiamarle con il loro nome, "intuizioni eidetiche di essenza", e la loro verifica o invece disconferma mediante i dati della ricerca empirica».

Secondo Ballerini «la scientificità è proprio garantita non dalla impossibile assenza di preconcetti e precognizioni generali, ma dalla consapevolezza dei sentieri eidetici che ci hanno condotto alle precognizioni e dalla disponibilità a cambiarle nell'urto con i dati empirici, se ciò lo rendesse necessario. [...] Noi interpretiamo gli eventi solo sullo sfondo di presupposti e preconcezioni inevitabili e necessarie all'attività stessa del conoscere. Così facendo ci muoviamo all'interno del "circolo ermeneutico"[...]» (p. 13).

Enzo Agresti, su COMPRENDRE 12 (2002), segue un tracciato non dissimile da quello seguito da A. Ballerini; nel suo intervento dal titolo

Psichiatria clinico-nosografica e psichiatria fenomenologica: un confronto l'Autore parte da una considerazione evidente alla quale fa seguire un interrogativo pressante: «la psichiatria fenomenologica può essere considerata, dopo decenni dalla sua nascita, come una modalità di indagine ormai affermata e codificata nell'ambito della psichiatria [...] ma possiamo affermare che essa abbia il suo fondamento in un metodo di ricerca che possa essere riferito ad una "validità scientifica"?» (p. 11). Un primo livello di analisi prende in esame la psichiatria *tout-court*, poiché la sua esigenza «d'indagine si trova di fronte ad un'*impasse* non facilmente superabile. Da un lato, per la necessità di aderire quanto più possibile ai criteri di chiarezza e rigorosità, essa si rivolge al metodo empirico-analitico identificando quelle entità definibili come sintomi e costruendo, per via addizionale, modelli definiti come sindromi; dall'altro lato emerge l'esigenza di ricercare il senso e il significato di quelle manifestazioni in quanto indicative d'una peculiare modalità personale di vivere e di rapportarsi al "mondo" e agli altri, e questo implica l'applicazione del metodo ermeneutico» (p. 13). Secondo Agresti, rimanendo aderenti al piano epistemologico, con il metodo empirico-analitico la psichiatria va incontro a un errore: la «modificazione dell'essenza dell'"oggetto" della ricerca in quanto si oggettivizza un dato che è esclusivamente soggettivo; [...] La concordanza tra metodo e oggetto sarebbe indiscutibile se il sintomo potesse essere messo in relazione con un sicuro substrato biologico, ma la psichiatria biologica, almeno al momento attuale, è ben lontana dal consegnarci risultati sicuri ed esaustivi. Ne consegue che, limitandoci solo al problema epistemologico, la psichiatria clinico-nosografica non soddisfa il criterio di scientificità» (*ibid.*). Per quanto riguarda invece una migliore collocazione e definizione di che cosa si intenda con metodo ermeneutico, Agresti sostiene che l'epistemologia in questo caso non ci è molto d'aiuto nel definire i parametri specifici di "scientificità"; questo perché più che un metodo l'ermeneutica sembrerebbe includere una «molteplicità di metodi con parametri di riferimento molto diversi e qualche volta perfino contrastanti» (p. 14). Un secondo livello di analisi riguarda più specificatamente la psichiatria fenomenologica: ecco che, dopo aver sostenuto che «nell'ambito della psichiatria fenomenologica esistono due "anime" spesso commiste o sovrapposte, una filosofica e letteraria, l'altra più scientifica e inferenziale» (*ibid.*), l'autore fa un passo ulteriore quando afferma che la psichiatria fenomenologica «si avvale di una epistemologia soggettiva, che ha il suo fondamento filosofico nel pensiero di Husserl e di Heidegger. Da costoro deriva la metodologia fenomenologica come indagine della soggettività trascendentale. [...] Il problema, che qui si pone, è quanto questa impostazione

epistemologica husserliana possa conciliarsi con la nosografia della clinica, che ovviamente ha il suo fondamento in una epistemologia oggettiva, di solito accettata come premessa necessaria per qualsiasi discorso che possa definirsi scientifico» (pp. 14 e 15). E qui il pensiero di Agresti si pone un altro interrogativo seguito da una prima possibile risposta: «può costituirsi una nosografia sulla base esclusiva della psichiatria fenomenologica? [...] Nella psichiatria fenomenologica si può, a dispetto della contraddizione in termini, condurre uno studio oggettivo della soggettività procedendo all'identificazione di strutture, che sono aspetti fondanti dell'essere persona in quanto soggettività trascendentale. Le strutture categoriali dell'esistenza e della costituzione del rapporto trascendentale soggetto-oggetto, io-mondo, possono essere indicate in alcuni parametri di riferimento» (p. 16). Fra queste vengono elencate quelle più frequentemente accettate ed utilizzate: «l'intenzionalità [...], l'identità (personale) [...], la temporalità assieme alla spazialità e alla corporeità [...], l'intersoggettività [...], l'aderenza al reale [...], l'atteggiamento naturale (Husserl) [...], l'evidenza naturale (Blankenburg) [...], il rapporto affettivo con la realtà [...], la costruzione di un "mondo" [...]» (pp. 16-18, 20 e 21). È quindi possibile, ci si chiede infine, una "nosografia fenomenologica?" (p. 23). Emergono a tal proposito alcune difficoltà teoriche difficilmente superabili; Agresti però si risolve a fornirci una soluzione "pragmatica", "operazionalizzabile": difatti «gli psichiatri, qualunque sia il loro riferimento teorico, utilizzano, nel loro operare, la terminologia classificatoria; coloro che adottano il metodo fenomenologico la usano sia come primo approccio, sia come riferimento semantico nelle loro esposizioni. Essi usano la nosografia in modo strumentale ed operativo e questo in relazione anche allo scopo di farsi intendere e comunicare. In ogni caso essi evitano, di solito, la parcellizzazione diagnostica (attualmente in voga) e si attengono alle classiche distinzioni diagnostiche delle psicosi. Se si vuole si tratta di un compromesso per cui [...] la psichiatria può essere inserita tra le scienze "atipiche", che utilizzano e mescolano sia il metodo empirico-analitico, sia il metodo ermeneutico. È consequenziale che il problema epistemologico rimanga irrisolto» (pp. 24 e 25). Le conclusioni a cui perviene l'autore sono pertanto le seguenti:

«1) La psichiatria clinico-nosografica può fungere solo come organizzatore prassico, operativo e, a suo modo, comunicativo.

2) La psichiatria fenomenologica, più valida sul piano epistemologico, costituisce il fondamento di un'autentica psicopatologia; tuttavia, sia per la sua intrinseca natura, sia perché fino ad oggi non è in possesso di strumenti semantici e comunicativi adeguati, non è in grado di assumere un assetto nosografico.

3) L'integrazione tra i due piani di indagine risulta, al momento attuale, problematica per cui non può esserne accettata che una applicazione parallela. La nosografia attuale potrebbe accettare un'indicazione semantica e propedeutica da parte della psichiatria fenomenologica.

4) Sul piano teorico sarebbe auspicabile la creazione di una terminologia fenomenologica, che potesse costituire una propria nosografia integrabile con la clinica. Anche questa possibilità appare piuttosto utopica e di difficile realizzazione» (pp. 27 e 28).

La "scuola padovana" ha come maestro riconosciuto la figura di Ferdinando Barison. Qui di seguito cercherò di seguire il filo d'Arianna del suo pensare attraverso due fra i più significativi contributi apparsi su *COMPRENDRE*. Precisamente mi riferirò a *La psichiatria tra ermeneutica ed epistemologia* (1990) e a *Una psichiatria ispirata a Heidegger* (2001). «Chi abbia qualche esperienza diretta di psichiatria e di psichiatri [...] sa che c'è una "filosofia degli psichiatri", che li orienta, sia pure con innumerevoli variazioni, secondo due poli. Alcuni considerano la psichiatria una scienza della natura, altri cercano di coglierne l'essenza come scienza dello spirito» (1990, p. 27). Il grande psichiatra indica di seguito il senso che la parola ermeneutica assume nel suo particolare discorso: «fare dell'ermeneutica è quell'interpretare, quel trovare significati negli eventi psicopatologici, [...] il "comprendere" (*Verstehen*) nella lezione di Jaspers, opponendolo allo "spiegare" (*Erklären*) proprio del pensiero causalistico. [...] La letteratura ermeneutica è paurosamente complessa e la dicotomia, che io propongo nel titolo, è volutamente schematica, giacché il mondo della patologia psichica mostra due versanti. Da un lato, attorno al polo "epistemologia" tutta una folla di termini: pragmatismo, empirismo, neopositivismo, filosofia analitica, ecc... che richiamano alle scienze della natura, alla causalità e, se si vuole, alla confutabilità. Dall'altra il mondo dei significati, delle interpretazioni, del dialogo, appunto, "ermeneutico"» (pp. 27 e 28). Barison ha presente la lezione di Gadamer, sostenendo che l'avvio delle sue riflessioni si rifà proprio alle pagine di *Verità e metodo* in quanto «il pensiero di questo "classico" si presta in modo particolare all'attenzione psichiatrica, soprattutto se questa si rivolge al "fuoco" dell'argomento, cioè a quel "dialogo ermeneutico", che ha una precisa corrispondenza nel colloquio clinico intrapreso dallo psichiatra. [...] Una psichiatria ermeneutica è quella che cerca di comprendere i malati con i "come se" [...] e con le metafore [...]. Si tratta di una specie di giro avvolgente, che lo psichiatra tenta verso un nucleo, che resta indicibile, ma è altamente significativo. [...] Questo nucleo indicibile, ma significativo, appartiene in fondo (se applichiamo i concetti

dell'ultimo Heidegger) al linguaggio non denotativo, al disvelarsi-nascondersi dell'essere, così ben simbolizzato nella "radura del bosco"» (pp. 27, 28 e 30). Ancora Barison: «l'ermeneutica quindi è storicizzazione. [...] Oltre alla nozione di circolo ermeneutico [...] un'altra nozione chiave è quella di dialogo ermeneutico, che si verifica nell'incontro del medico con il paziente. Nel dialogo ermeneutico non ci sono un soggetto ed un oggetto, ma c'è l'incontro di due orizzonti, che si fonde in un orizzonte nuovo, costituito da un cambiamento di entrambi nel momento dell'interpretazione: si verifica un "aumento di essere", come dice Gadamer. Questo accade [...] quando tra paziente e psichiatra si attua una creazione di significati, nell'atmosfera della comprensione. È ovvio, secondo me, che questo evento accomuna un esame clinico vero e proprio ed un primo atto psicoterapeutico [corsivo mio]. [...] L'ermeneutica ci dice che dal dialogo clinico deve sorgere quella verità che è il nuovo orizzonte. [...] A fronte d'una scena capitale "reale", che può anche non esserci stata, ciò che conta è la scena capitale, che il paziente ci fa vivere con lui» (pp. 31 e 32). Quest'ultimo passaggio, uno dei più coinvolgenti del suo *itinerario mentis*, condensa l'essenza stessa del "fare psicoterapia" come "mission" di vita: «l'interpretazione ermeneutica è quindi un evento, si colloca nel tempo ed ha una sua intima storicità, ma vi è anche la storicità delle verità successive degli eventi, cioè dei dialoghi stessi. E così si svolge la storia di un'esistenza. Questa storia, quando si svolge nel succedersi dei dialoghi tra il paziente e lo psichiatra, può essere in fondo la storia d'una psicoterapia» (*ibid.*). Infine, dopo aver affermato (con Gadamer) che l'ermeneutica è linguaggio e che il dialogo ermeneutico (e lo è quello psichiatrico) è presenza che parla, Barison accenna alla possibilità che questo linguaggio possa «avvicinarsi per successive allusioni, nell'esame clinico, all'indicibile, alla *Lichtung* (radura) heideggeriana» (*ibid.*). La conclusione emblematica è offerta dalle ultime tre righe di questo breve ma prezioso contributo: «mentre non c'è filosofo che non si preoccupi del senso della follia, una psichiatria "scientifica", che rifiutasse la verità ermeneutica dei messaggi lanciati dai malati, priverebbe l'universo degli uomini d'un aspetto fondamentale di esso» (*ibid.*).

Il secondo articolo preso in esame ha per tema le influenze che sulla psichiatria barisoniana ha avuto la lettura delle opere di Martin Heidegger, in particolare dell'Heidegger post *Essere e Tempo*. «Arrivato al traguardo di un lungo cammino professionale, sono più che mai convinto che il dovere della psichiatria, tralasciando le competenze di diagnosi (non di "malattia" ma di modi di essere psicopatologici sufficientemente caratterizzati), sia di essere capace di comprendere che ogni malato è unico al mondo. Pertanto ho seguito le tracce di

Binswanger e della sua psichiatria, divulgata in Italia da Cargnello e ispirata ad *Essere e Tempo*» (2001, p. 19). Dopo questa premessa leggiamo di come «l'interesse per il "come" piuttosto che per il "perché" costituisce una sorta di slogan che apre allo psichiatra la strada alla comprensione e alla psicoterapia dei suoi malati. Sin dagli inizi non ho seguito che due fili conduttori: lo slancio verso il concreto *Dasein* di ognuno e l'interesse, ugualmente vivo e precoce, per la schizofrenia come modalità di esistenza. [...]. Nella fondazione del *Dasein*, cioè dell'esistente, sono l'aprirsi e l'indietreggiare dell'essere [...] a rischiare l'esistente, come nella *Lichtung*, la radura. [...] La nostra ricerca è quindi orientata verso l'essere; essa non mette in moto il pensiero causalistico, ma quello ermeneutico: essa costituisce, come dice Heidegger, la risposta al richiamo dell'essere» (pp. 20-22). Questo secondo contributo ci porta a comprendere come, nell'ultima fase del pensiero speculativo di Barison, l'interesse si sposti progressivamente dal piano ontico (l'esistenza) al piano ontologico (l'essere).

III. PSICOANALISI E FENOMENOLOGIA

In questa sezione del mio lavoro cerco di far emergere la tendenza, il tracciato, che la rivista ha ritenuto opportuno delineare per configurare questo rapporto – che per certi versi possiamo definire (giocando un po' con i linguaggi) storicamente "anaclitico" – della fenomenologia nei confronti della "tecnica" psicoanalitica.

Partirò con l'analizzare il contributo di Gaetano Benedetti sul numero 5 di *COMPRENDRE* (1990). Possiamo dire che l'approccio di Benedetti, l'"abbraccio del controtransfert", come è stato definito, si presenta come *crocevia* tra fenomenologia (psicopatologia fenomenologica) e psicoanalisi, come di fatto afferma anche Gozzetti quando dice (1998, p. 64) che Benedetti «tanto ha dedicato e dedica alla comprensione e psicoterapia della schizofrenia, ponendosi come un vero ponte tra la psicoanalisi e la psicopatologia fenomenologica mitteleuropea». Benedetti ritiene che «il fatto veramente nuovo della psicoanalisi postfreudiana è la scoperta delle relazioni oggettuali, intese come ricerche primarie rivolte al partner da parte di un neonato tutt'altro che passivo, che convogliano non solo gratificazioni istintuali (pur sempre fondamentali) ma anche *informazioni imprescindibili alla formazione e all'accrescimento della propria identità, possibili solo nell'ambito intimo della dualità e traducendosi in strutture del proprio Sé*» (1990, p. 35). Nell'articolo citato vengono prese in considerazione le posizioni espresse da Fairbairn, Winnicott, Mahler, Kohut e Stern che tralascerò,

per necessità, di considerare nei singoli aspetti, per rifarmi semplicemente alla conclusione proposta (sono proprio le ultime righe scritte al termine della sua personale sintesi): «vi è, in psicoanalisi come in filosofia, e come in ogni scienza, il bisogno del nuovo, di superare i vecchi modelli in una ricerca di verità mai completa. Ma la verità degli antichi modelli sta nelle operazioni che abbiamo compiuto con essi, e nella loro capacità di venire integrati nei nuovi schemi di pensiero» (ivi).

Su COMPRENDRE 6 (1992) Wolfgang M. Blankenburg si presenta con un lavoro dal titolo evocativo: *La psicoterapia degli schizofrenici come ambito di convergenza psicoanalitico-daseinsanalitico*. Blankenburg riassume in poche righe il movente che lo spinge in questa direzione: «questo breve lavoro ha carattere indicativo. Dimostra in che modo l'approccio daseinsanalitico e psicoanalitico si avvicinino nella psicoterapia degli schizofrenici. L'anello di congiunzione è costituito dall'accesso comunicativo all'essere diverso (*Anderssein*). La psicoanalisi (PSA), nel contesto dell'elaborazione del transfert, pone in primo piano l'identificazione parziale del terapeuta con il paziente, che rende possibile una controidentificazione. La *Daseinsanalyse* (DSA) ha creato premesse importanti per questo con il metodo della "comunicazione ermeneutica"» (p. 19). Sembra evidente in questa affermazione più di un punto di contatto con l'opera di Barison e di Benedetti, quest'ultimo citato dallo stesso Blankenburg che così procede: «vorremo analizzare solamente *che cosa* colleghi la DSA alla psicoterapia degli schizofrenici sviluppata in ambito psicoanalitico (da Federn, Sechehay, Rosen, Boyer, Searles, Matussek e altri). Per prima cosa si tratta dell'impulso ermeneutico che trascende la dicotomia Nevrosi/Comprendere *versus* Psicosi/Spiegare, riconducibile a K. Jaspers, e con essa le conseguenti distinzioni terapeutiche: Benedetti parla di "modelli della comunicazione psichiatrica", Binswanger di una particolare forma di "comunicazione ermeneutica". Il termine "ermeneutico" comprende in questo contesto tutti i metodi che non vogliono "spiegare" (*erklären*) ma "comprendere" (*verstehen*). [...] I metodi ermeneutici sono orientati fenomenologicamente» (pp. 19 e 20). Quello che Blankenburg ha svolto è stato quindi un tentativo di «ordinare le molteplici impostazioni metodologiche in uno spettro teso fra due poli. Si tratta di poli entro i quali esistono le più svariate transizioni, interferenze e ambiguità: in primo luogo si è cercato di delineare una polarità di impostazioni teorico-scientifiche, che si rispecchia in una corrispondente polarità di concezioni terapeutiche. Per quanto riguarda il loro orientamento metodologico e la connessa impostazione soggettiva i due poli si comportano in modo antinomico ma anche complementare rispetto alla finalità di una psicoterapia medica [...]. L'una o l'altra non dovrebbero

eliminarsi vicendevolmente, come spesso accade, ma in ogni singolo caso si dovrebbe valutare l'impiego dell'una o dell'altra, anche nella terapia dei pazienti schizofrenici. Proprio con questi pazienti una rigidità metodologica è del tutto fuori luogo» (p. 21). Dopo aver trovato la collocazione della psicoanalisi l'Autore ritiene altrettanto necessario rendere manifesto l'impiego della *Daseinsanalyse* per poi cercarne una possibile coniugazione; pertanto la *Daseinsanalyse* «va intesa come il tentativo di comprendere l'incontro con un uomo – per noi di regola è un paziente – nella globalità del suo *Da-sein*, del suo sentirsi vivere, sia sul piano trasversale del suo attuale sentirsi, del suo vissuto, del suo comportarsi, sia sul piano longitudinale del suo divenire, cioè del rapporto che ha con la sua provenienza e il suo avvenire e, se possibile, di aiutarlo ad andare avanti mediante il processo di comprensione» (*ibid.*). A questo punto l'Autore inizia a raccogliere gli elementi che avvicinano e che distanziano la *Psycho-analyse* dalla *Daseins-analyse*; quest'ultima ha «un atteggiamento più radicale perché sospende in un primo momento la posizione (ovvia sia per la psicoanalisi che per tutta la ricerca positivista) di una realtà oggettivamente esistente; per quanto riguarda la tecnica, la *Daseinsanalyse* si ispira invece alla psicoterapia sviluppata dalla psicoanalisi. Le differenze essenziali sono state evidenziate altrove» (p. 23). Cosa differenzia infine la psicoanalisi dalla *Daseinsanalyse*? Blankenburg sembra muoversi cautamente: «la psicoanalisi inizia subito con la traduzione della sintomatologia, considerata un linguaggio cifrato del paziente, mentre la *Daseinsanalyse* innanzitutto cerca di trasferirsi, senza preconcetti, nell'alterità della relazione del paziente con se stesso e con il mondo. È possibile tuttavia non radicalizzare le differenze tra DSA e PSA se si tengono presenti le forme di terapia sviluppate da G. Benedetti, Chr. Müller e altri, che (in fondo) tendono allo stesso scopo» (*ibid.*).

L'ultimo contributo oggetto della mia attenzione sarà ora quello di Mauro Manica su *COMPRENDRE* 8 (1998); il respiro ampio e il tono pacato di cui si avvale questo scritto sono sicuramente le caratteristiche più significative di questo lavoro che si colloca «ad un crocevia, in un luogo che potrebbe essere un punto di incontro, ma che potrebbe anche rappresentare il momento d'urto e di conflagrazione di linguaggi che muovono da premesse epistemologiche diverse: la fenomenologia, la medicina (la biologia) e la psicoanalisi hanno – in psichiatria – oggetti, intenti e finalità apparentemente comuni, guardano ad uno stesso campo fenomenico, ma percorrono sentieri differenti, hanno un metodo che le distingue e le conduce entro orizzonti clinici e terapeutici, ma anche all'interno di prospettive etiche e assiologiche talora divergenti» (p. 83). Manica ha chiaro fin dal titolo l'argomento che vuole dibattere;

ai due poli che solitamente vengono considerati, quello fenomenologico e quello psicoanalitico, egli ne affianca un terzo, quello che si rifà al piano più strettamente biologico, organico; un ulteriore elemento di possibile integrazione in quell'orizzonte di pratiche complesse che è la psichiatria; naturale, ragionando attorno a questi temi, la risonanza con le parole espresse dal Dalle Luche (1998, p. 127) secondo il quale «manca, cioè, una vera cultura terapeutica *integrata* (composta da più parti), *integrante* (che avvicina e non separa dal mondo della follia), *integra* (non parziale, non mancante)». A patto, diremo noi, che se da una parte la scelta di un modello monoparadigmatico non è più accettabile, non si ricada dall'altra nell'uso di un selvaggio eclettismo metodologico². Il ragionare di Manica ritengo avanzi in questa direzione dal momento che «ogni psichiatria dovrebbe essere un colloquio, un confronto dialettico tra punti di vista e prospettive epistemologiche integrabili» (Manica, p. 84). Secondo tale logica, conclude Manica, «l'intenzione comunicativa rappresenta la sola disposizione che siamo in grado di assumere con sufficiente coefficiente di verità, sia che ci poniamo in una prospettiva medico-biologica o in una psicologica ed ermeneutica. In entrambi i casi, in effetti, tendiamo a ristabilire una comunicazione che è andata perduta, anche se lo facciamo da vertici metodologici profondamente diversi sul piano dei valori e sul piano delle etiche. E possiamo solo sapere “come” sia andata perduta, ma non possiamo sapere “perché”. Questa è stata la grande lezione della psichiatria fenomenologica, che ha toccato il suo apice nella riflessione di Binswanger, che ci ha permesso di accostare esperienze psicopatologiche altrimenti inavvicinabili, di riconoscere un senso e un mondo in quelle forme di vita – che definiamo psicotiche – in cui, a volte, la possibilità di strutturare una *Gestalt colloquiale* [...] significa già fare terapia. [...] Con questo, vorrei ribadire che un'esperienza psicotica o neurotica non è un'esperienza meramente somatica, non può essere ridotta esclusivamente al linguaggio opaco del corpo, è un'esperienza che ha un suo rilievo psicopatologico e semantico, che parla *nel* corpo, che

² Per altra via possiamo affermare sempre con Dalle Luche che «la psichiatria oggi può tamponare, arginare, limitare il potenziale devastante dei disturbi psichici e che questo può avvenire soprattutto attraverso una riformulazione di tecniche di intervento che rendano finalmente desueta la distinzione tra psichiatrie *brainless* e *mindless*, entrambe destinate alla sterilità. Si va verso una definizione esatta delle aree in cui i due paradigmi fondanti, il neurochimico e il relazionale, si sovrappongono, ed in cui la giustapposizione dello sguardo fenomenologico, della gestione degli effetti farmacologici, delle ingiunzioni comportamentali e della capacità di soppesare il valore affettivo e linguistico della relazione col malato costituirà il bagaglio tecnico di ogni psichiatra» (*ibid.*).

parla *sul* corpo, ma che soprattutto vuole aprirsi al senso, realizzandosi in una ineludibile ricorsività ermeneutica. [...] Si potrebbe allora affermare che la schizofrenia non esiste (come lascia intendere Racamier), che la paranoia non esiste (come diceva Ernst Kretschmer), ma esistono gli schizofrenici, esistono i paranoici, esiste una relazione che definiamo schizofrenica o paranoica anche per il modo con cui la incontriamo. E ogni diverso incontro dà una diversa articolazione di senso a quella persona che definiamo schizofrenica o che definiamo paranoica» (pp. 85, 94 e 95).

IV. FENOMENOLOGIA È PSICOTERAPIA: LA “VISIONARIETÀ” DI LORENZO CALVI

Fenomenologia è psicoterapia è un esplicito richiamo all'articolo omonimo con cui Lorenzo Calvi interviene su *COMPRENDRE* 10 (2000). A tal proposito, prima di affrontare il cuore dell'argomentazione, ritengo sia indispensabile riportare alla memoria quanto Calvi già nel 1994 affermava dalle pagine di *COMPRENDRE* 7. La forma dell'intervento, *In tema di accanimento terapeutico – Un dibattito e un esercizio fenomenologico (con interventi di Alfredo Civita e di Alberto Giannelli)*, è una sorta di botta e risposta, in presa diretta per così dire, con Alfredo Civita e Alberto Giannelli. Calvi comincia col domandarsi quanto sia lecito eliminare sul nascere ogni manifestazione psicopatologica attraverso un uso indiscriminato dei farmaci, prosciugando così «una sorgente di espressività qualunque essa sia. E se sia moralmente valido, al di là di ogni opportunità di controllo sociale e di riordino individuale, togliere ad una persona ciò che la mette, sì, “fuori di sé”, ma anche “al di sopra di sé”, al di sopra della sua ovvietà, della sua banalità, della sua sostanziale miseria» (1994, p. 15) e prosegue introducendo elementi riguardanti il suo modo di intendere l'arte psicopatologica attraverso quelle che lui chiama *visioni*, ovvero «quelle illuminazioni improvvise (chiamate intuizioni nel linguaggio comune), che ci si offrono nella veglia più o meno spesso e più o meno a lungo e che ci mostrano le cose con l'alone di un significato diverso da quello ricorrente nell'uso quotidiano, mettendo in evidenza che il senso è plurimo ed è quindi al di là della forma e non agganciato univocamente ad essa» (p. 17). La *visione* di cui parla Calvi è quella *eidetica* comune ai “sani” come ai “malati” cosicché «sarebbe allora più facile [...] pensare che la comprensione del malato è sollecitata non tanto dalla nostra capacità di immedesimarci in lui o d'interpretarlo, quanto dalla consapevolezza di essere tutti potenzialmente immersi nella medesima sfera della visiona-

rietà. Se si entrasse in questo ordine di idee, verrebbe meno l'accanimento terapeutico nell'annullare la produzione visionaria dei malati. Lo psicofarmaco verrebbe ridimensionato al contenimento delle manifestazioni motorie. Il momento principale dell'incontro col malato sarebbe veramente l'*ascolto* [corsivo mio]. [...] Il malato si sente compreso quando avverte che noi non lo releghiamo nell'insignificanza. Noi possiamo far questo se impariamo a lasciare spazio alla nostra stessa visionarietà, facendoci così disponibili alla significazione plurima» (pp. 17 e 18).

Fin qui Calvi: ora è la volta degli interrogativi e delle obiezioni mosse da Civita. Prima di andare oltre vorrei sottolineare l'uso che viene fatto del termine *visione* collegato evidentemente al senso della "vista" seguito subito dopo dal termine *ascolto* di pertinenza di un altro senso: l'"udito"; vista e udito sono quindi in relazione e vedremo più sotto in che misura, essendo ancora Calvi a chiarirlo. Civita è sostanzialmente d'accordo con quanto il fondatore di COMPRENDRE viene sostenendo; la tesi secondo cui è fondamentale una prima fase di accettazione e di ascolto del malato, la messa fra parentesi di qualsiasi interpretazione riguardante le manifestazioni psicotiche affinché vi sia reale condivisione, trova Civita completamente d'accordo; in un punto però si trova a dissentire e precisamente quando partendo dall'interrogativo se «l'ascolto fenomenologico è già esso stesso un atto terapeutico o non lo è ancora?» (p. 19) è lui stesso che vi risponde in modo dicotomico puntando sulla distinzione di due diversi modi di attuazione (declinazione) dell'ascolto fenomenologico; «in base al primo modo, ascolto e osservazione sono intesi come un coglimento assoluto, aprospettico e afinalistico delle strutture fenomenologiche dell'oggetto, vale a dire del mondo psicopatologico del paziente» (Civita, *ibid.*)³.

Questo primo modo di concepire l'attitudine fenomenologica non è condiviso da Civita; i dubbi sulla liceità dell'adozione di un simile sistema conoscitivo sono rivolti «in primo luogo [...] alla possibilità di fare realmente tabula rasa dentro di sé, purificandosi di ogni pregiudizio. [...] In secondo luogo [...] alla possibilità e all'opportunità di un ascolto afinalistico e contemplativo. Oltre a essere necessariamente prospettico e relativistico, l'ascolto [...] è anche sempre necessaria-

³ Mentre i termini *assoluto* e *aprospettico* non necessitano di una ulteriore chiarificazione in quanto il loro significato è intuibile e generale, il primo risuona come il tentativo di raggiungere una conoscenza vera e il secondo come lo stesso tentativo nella direzione della libertà, non così si può dire per il terzo; con *afinalistico* Civita intende l'idea che l'ascolto fenomenologico non è ancora un atto terapeutico, finalizzato a una decisione, ma è qualcosa di molto più contemplativo e disinteressato.

mente inserito in un processo intersoggettivo e interattivo al cui interno sia il paziente che il terapeuta sono interamente in gioco, con il loro pensiero, con i sentimenti, con la loro faccia. Tutto questo qualifica l'ascolto preliminare come un atto già inserito nel processo terapeutico, e sarebbe pura finzione negarlo. [...] Al comprendere corrisponde un sentirsi compreso. E questo, ovviamente, è già un movimento all'interno del processo terapeutico» (pp. 19 e 20). Ecco che allora l'ascolto fenomenologico nella seconda declinazione «è già un atto terapeutico, sia nel senso che il terapeuta fa in concreto terapia per il semplice fatto di ascoltare, sia nel senso che l'ascolto fenomenologico è necessariamente finalizzato a una decisione terapeutica. [...] Le risonanze generate nella mente del terapeuta dal discorso del malato non possono non attivare un processo mentale volto a una comprensione clinica del caso e a un'ipotesi terapeutica. La comunicazione *visionaria* tra terapeuta e paziente non è un atto di conoscenza clinica e tuttavia genera una conoscenza clinica» (p. 21).

Al di là di questo personale confronto, prima cioè di proseguire con la replica di Calvi, credo sia importante rilevare come la distinzione proposta da Civita tra due diversi tipi di "ascolti fenomenologici" sembra difficilmente sostenibile e come serva, al più, a ingenerare confusione. Sulla presenza di un atteggiamento di fondo caratterizzato da calore umano e piena accoglienza mista a stupore di fronte a ogni esistenza "altra-dalla-nostra" non ritengo si debba più di tanto discutere in quanto è del tutto evidente che una simile predisposizione sia essenziale a che ogni processo terapeutico e quindi di cambiamento abbia inizio. Ci si può interrogare però su *come avvenga l'ascolto fenomenologico* ed è l'idea che Calvi si propone di portare avanti nella replica a Civita, con il quale dissente, in un gioco ironico e al tempo stesso stimolante fin dalle prime battute. Queste le parole del fondatore di *COMPRENDE*: «ritengo proprio che l'ascolto fenomenologico sia *assoluto*, *aprospectivo* e *afinalistico*. Anzi, sono grato a Civita di aver qualificato in modo così incisivo quell'atteggiamento, che io definisco *visionario*. [...] Voglio dire subito però che io non sento il bisogno di distinguere l'ascolto dall'osservazione, perché li colloco entrambi al di là della sfera sensoriale alla quale essi appartengono, cioè, rispettivamente, l'udito e la vista. Li colloco bensì nella sfera sovrasensoriale della visione eidetica» (p. 22). Rispetto a due diversi tipi di ascolto fenomenologico Calvi è più propenso a osservare che nella psichiatria fenomenologica s'incontrano semmai due tipi di atteggiamento: un primo atteggiamento che possiamo definire "puro" e un secondo che possiamo chiamare "impuro"; essi corrisponderebbero grosso modo ai due diversi tipi di ascolto fenomenologico summenzionati, con la precisazione che

Calvi stesso fa di riconoscersi in entrambe le declinazioni proposte, compiendo così un annullamento della separazione medesima. Lo psichiatra avanza di qualche passo affermando la precedenza categoriale del «mondo umano», in cui include la *visionarietà* e la stessa pratica fenomenologica, su quello meramente “psicologico” (comprendente affetti, desideri e intenzioni) anch’esso facente parte, comunque, del più comprensivo mondo umano; «la fenomenologia husserliana [...] è fenomenologia trascendentale. Essa sviluppa un approccio al mondo umano, che non si lascia ricondurre completamente dentro gli schemi predisposti dalle scienze psicologiche, ma che accetta di affrontare anche le intuizioni e le rappresentazioni immaginarie, cioè, per dirla con una parola, le *visioni*» (*ibid.*). La parte applicativa del discorso arriva nel prossimo passo in cui Calvi ci fa veramente capire cosa significhi esercitarsi alle “visioni” in una continua pratica di epochizzazione, di messa fra parentesi dell’ovvio: «quando il medico incontra il malato di mente, la situazione è *predeterminata* da tutta una serie di significati precostituiti, che orientano il comportamento di entrambi, quindi anche quello diagnostico e terapeutico del medico. Capita a volte che irrompa nella coscienza del medico (anche in quella del malato, naturalmente, ma questo è un altro discorso) una improvvisa, impreveduta intuizione, che, per il suo carattere d’immagine illuminata di colpo, chiamiamo *visione*. La comparsa della visione testimonia appunto che la coscienza si trova in stato di *vigile intenzionalità*, nel pieno d’un lavoro di movimento e di apertura. Se riflettiamo su questa esperienza, ci rendiamo conto che essa è accaduta in un *altro* contesto rispetto a quello che è l’incontro fisico col malato. Tale contesto nuovo si delinea con la sospensione di tutta una serie di *pregiudiziali*: di persona (in quel momento il medico non è un medico, ma un uomo di fronte a un uomo); di tempo (la visione è fugace, se la si vuole misurare con l’orologio, e può anche essere non contemporanea all’incontro fisico, se la si vuole collocare nel calendario: comunque ha un suo tempo, che non interferisce con quello reale); di spazio (la visione non è condizionata dal luogo dell’incontro, ma può accadere che si collochi altrove)» (p. 23). Mediante la contemplazione delle opere d’arte, sostiene per esempio Calvi, è possibile allenare «l’intenzionalità della coscienza, nella sua funzione primaria di scoprire i significati, dei quali le visioni sono l’annuncio» (pp. 23 e 24). *L’ascolto fenomenologico* si può ora chiarire meglio: è *l’attenzione alle visioni* qualificandosi come «*assoluto*, in quanto si confronta soltanto con l’ideale del benessere inteso come totalità dell’essere; *aprospettico*, perché non si piega ad un qualsiasi punto di vista (né quello del medico, né quello del malato) e *afinalistico*, perché

non è condizionato da scopi relativi, vuoi terapeutici che scientifici, vuoi di protezione che di controllo» (p. 24).

Prima di arrivare alla conclusione di questo affascinante quanto complesso argomentare corre l'obbligo di introdurre un ultimo elemento, indispensabile per cogliere il senso definitivo di queste parole. L'ultimo nodo problematico riguarda la distinzione, all'interno di quella dimensione nota come "intenzionalità", fra l'*intenzionalità dell'atto* di Brentano e l'*intenzionalità fungente* di Husserl. «La prima presuppone la coscienza tetica degli oggetti, così detta perché pone da sé la tesi d'idoneità degli oggetti (reali o irreali che siano) a divenire contenuti della coscienza» (p. 23). Secondo Husserl però l'intenzionalità fungente agirebbe ancor prima di quella tetica, a monte cioè di qualsiasi presunzione circa un significato sempre presente negli oggetti; l'intenzionalità fungente si svilupperebbe «in un "movimento" ed un'"apertura" della coscienza stessa, che disegna nel mondo il luogo e vi definisce la temperie affettiva dentro cui scaturisce il significato» (*ibid.*).

Cercherò adesso di tirare le fila dei due discorsi che qui, come su *COMPRENDRE*, si sono intrecciati; abbiamo visto come Civita distingue due diversi tipi di ascolto fenomenologico e come quello meno relativistico e che lo trova più diffidente, caratterizzato da assolutezza-aprospettività-afinalità, sia invero quello più consono a Calvi che lo definisce anche come "atteggiamento puro", "ascolto fenomenologico", "attenzione alle visioni" e infine «ascolto visionario [che] è tutt'uno con l'esercizio dell'intenzionalità fungente» (p. 24). A questo punto ritengo che una seppur parziale risposta deve essere data all'interrogativo se l'*ascolto fenomenologico puro* e quindi non quell'atteggiamento generale di accettazione e di disponibilità umana per l'altro-da-noi (che di per sé è terapeutico e che in questo trova sia Civita che Calvi completamente d'accordo) ma quella visionarietà assoluta-prospettica-afinalistica di cui parla Calvi sia, o non sia, fonte di cambiamento. Secondo Calvi «interrogarsi sulla purezza dell'ascolto fenomenologico vero e proprio è una sola cosa con l'interrogarsi sull'assolutezza delle visioni e sul legame che intercorre tra esse e le intenzioni cioè tra l'intenzionalità di Husserl e quella di Brentano. [...] L'ascolto fenomenologico è assoluto, perché "si confronta soltanto con l'ideale di benessere inteso come totalità dell'esistere". [...] Il medico ha in mente un ideale di salute, che va oltre la "normalità" statistica, supera ogni preconconcetto di efficienza e di adeguatezza (lavorativa, familiare, sociale, ecc.) e si colloca appunto sul versante dell'esistere e non del fare. [...] L'"ideale di salute" (così come ogni ideale di bellezza e di *fitness*) non [è] una figura tematizzata più o meno convenzionale, ma [è] l'aspirazione pretematica ad ogni possibile star meglio, a cui nessuno

saprebbe né vorrebbe porre un limite. È a questo spazio che mi riferisco quando dico che bisogna imparare “a lasciare spazio alla nostra stessa visionarietà” e a quella del malato» (pp. 25 e 26). Fino a questo punto il discorso di Calvi sembra quasi eludere il problema se l’ascolto fenomenologico sia o non sia terapeutico: egli difatti si colloca – con le espressioni appena lette – ad un livello che potremo dire precedente a quello terapeutico, un livello ideale appunto, di “cura” (*Sorge*), “preoccupazione” di un uomo per un altro uomo. La tanto ricercata chiarificazione della posizione di Calvi avviene infine come conseguenza di quanto appena specificato, compare qui il termine terapeutico anche se virgolettato: «una volta recuperato lo spazio della visionarietà e riconosciuto che esso è fatto per la totalità e la libertà (ancorché immaginarie) dell’essere, la nostra attenzione al malato può farsi veramente piena ed è infatti a questo punto che egli manifesta di avere colto la nostra comprensione (che sarebbe l’aspetto “terapeutico” dell’ascolto fenomenologico)» (*ibid.*).

Sei anni più tardi Calvi sarà meno prudente visto che sempre dalle pagine di COMPRENDRE si troverà a dover rispondere ad altre perplessità questa volta sollevate da Mario Rossi Monti e Andrea Carlo Ballerini. «In un vivace ed intenso articolo, Mario Rossi Monti e Andrea Carlo Ballerini mi chiamano in causa più volte ed in una posizione non marginale, motivo per cui non posso non sentirmi provocato a rendere una risposta confutando alcune tesi da loro sostenute. Il medesimo argomento è stato discusso da Rossi Monti in un capitolo d’un volume a più mani. Essi si domandano se una psicoterapia possa nascere dal terreno della psichiatria e/o della psicopatologia fenomenologica» (2000, p. 49)⁴. Nella prima parte del suo lavoro Calvi si limita a far presente che i dubbi di Monti e A.C. Ballerini rivolti a una possibile declinazione fenomenologica della psicoterapia derivano da un atto confusivo che i nostri commettono nel momento in cui identificano quest’ultima con l’empatia nel senso del “calore”, quasi volessero farci intendere che lo sforzo del fenomenologo è unicamente quello di «tenere alta la temperatura della relazione col paziente fino al realizzarsi d’una fusione tra i due» (*ibid.*). Ma l’empatia è tutt’altra cosa e nell’accezione rigorosa di Edith Stein è essenzialmente «accorgersi dell’altro, [...] sentire la presenza dell’altro, farlo risaltare dallo sfondo come figura, trarlo

⁴ L’articolo di M. Rossi Monti e A.C. Ballerini a cui si riferisce Calvi è *La tentazione psicoanalitica*, apparso su *PSICHIATRIA GENERALE E DELL’ETÀ EVOLUTIVA*, 1999-2000, 37; il saggio di M. Rossi Monti, *Il contributo della fenomenologia*, si trova in M. Ceruti e G. Lo Verso (a cura di), *Epistemologia e psicoterapia – Complessità e frontiere contemporanee*, Raffaello Cortina, Milano, 1998.

dall'insignificanza, anzi, dall'inesistenza e fargli posto aprendo una nicchia nella nostra indifferenza» (p. 50).

Dopo questa prima confutazione, e prima di affrontare il cuore delle argomentazioni proposte da Calvi per avvalorare la tesi espressa dalla formula “fenomenologia è psicoterapia”, desidero aprire una breve parentesi – che ha un valore però di vero caposaldo – riguardo un prezioso fatto storico; il riferimento è proprio la formula appena citata la cui prima enucleazione spetta non a Calvi ma a Barison, come il fondatore di *COMPRENDRE* doverosamente ricorda: «cercherò qui di esplorare che cosa si presenti al di là della comprensione, allo scopo di rispondere alla domanda: “Fa o non fa terapia lo psichiatra fenomenologo?” A questa domanda risponde lo stesso Barison. Pochi mesi dopo la comparsa del *Trattato Italiano di Psichiatra*, egli pubblicò una lunga recensione al capitolo che io vi avevo scritto, dicendo, tra l'altro: “E così io mi permetto d'interpretare il pensiero di Calvi: fenomenologia è psicoterapia; lo è e lo è sempre stato”⁵. Il mio pensiero è precisamente questo [...]. Io stesso però sento di dover esplicitare la frase di Barison sottolineandone il significato in un modo, che a lui sarebbe forse apparso riduttivo. Fenomenologia è, sì, psicoterapia, in quanto può fondare saldamente un rapporto di coesistenza tra curante e malato, ma non per questo si può parlare a pieno titolo di “psicoterapia fenomenologica”, che è una formula in sé contraddittoria. Fare terapia, nel senso medico della parola, vuol dire usare strumenti mondani: il farmaco, l'interpretazione, l'empatia, mentre la fenomenologia (husserliana) si muove in una sfera che trascende la mondanità, cercando di mettere in evidenza le condizioni di possibilità della comprensione. [...] Mi sento veramente fenomenologo quando mi siedo accanto al malato come a colui che è vittima d'un più o meno crudele, ma mai innocuo, esperimento della natura e cerco di farglielo rivivere come esercizio fenomenologico. Il malato conosce per esperienza diretta l'illuminazione e la rivelazione fenomenica, il discorso delle cose e l'erompere del senso. Egli soffre d'una visionarietà incontrollata di modo che la sovrabbondanza dei vissuti carica la sua esistenza di un peso insostenibile. È come se al malato fosse imposto di sopportare una duplice realtà: quella empirica della vita quotidiana e dei suoi rimandi funzionali e quella trascendentale del senso e dei suoi nessi non sempre e non facilmente estricabili. Il mio sforzo è di fargli capire che nella sfera della visionarietà egli non è solo» (1995-6, pp. 90-92). Come abbiamo appena letto Calvi non parla mai di “psicoterapia fenomenologica”, anzi ritiene che

⁵ L'espressione di Barison che Calvi riporta è apparsa sulla RIVISTA SPERIMENTALE DI FRENIATRIA, 1993, 886.

questo sia un termine di per sé contraddittorio. Non esiste di fatto una tecnica (dal greco *téchne*, *arte*) fenomenologica, esiste però un metodo che può essere appreso, esercitato, una via che può essere seguita (o dei tracciati meglio ancora), un'arte che è pratica attiva del fenomeno, "sospensione del mondo conosciuto" in attesa che si manifesti il vissuto.

Vorrei ora riprendere, e concludere, con alcune note all'articolo di Calvi su COMPRENDRE 10 (2000). Dopo aver chiarito cosa si debba correttamente intendere per empatia, diversamente da quanto fanno Rossi Monti e A.C. Ballerini, Calvi cerca ora la replica a una seconda obiezione che i due gli rivolgono. Secondo i due autori sostenere, come fa Calvi, che "fenomenologia è psicoterapia" significa sostenere che la psicopatologia fenomenologica è di per sé una psicoterapia compiendo così un errore di sineddoche (scambiando cioè la parte per il tutto). La risposta che Calvi fa seguire è articolata e in grado di ribaltare la questione così come era stata posta: «qui, se mai, la sineddoche appartiene ai nostri A.A., che scambiano la psicopatologia fenomenologica con la fenomenologia. È uno scambio improponibile. La psicopatologia fenomenologica è una psicologia del patologico (mentale), che parte da alcune premesse fenomenologiche (fondamentalmente: l'intersoggettività e la sospensione) e procede con il progetto di costituirsi come disciplina scientifica cercando obiettivazioni e convalide. [...] Come ogni scienza, la psicopatologia (fenomenologica e non) produce teorie, che rinforzano la sua struttura e rendono ancora più consistente la sua separazione dal circostante terreno non-scientifico. Questo terreno umano, invece, non è mai ripudiato dalla fenomenologia, che si sviluppa in continuità con esso e ne mantiene lo stampo a-scientifico ed a-teoretico» (pp. 52 e 53). Quello che gli autori contestano, *in nuce*, è la presunzione che si possa arrivare a parlare di una "psicoterapia fenomenologica" nel senso di una sua formalizzazione e sistematizzazione; ciò su cui sono (tutti) d'accordo è la considerazione evidente delle implicazioni terapeutiche implicite in un approccio cosiddetto fenomenologico, le quali si risolvono nell'espressione di una accoglienza intesa come disposizione d'animo e apertura alla comprensione dell'altro sofferente. Calvi si schiera – ma è quello che abbiamo già constatato – con Rossi Monti e A.C. Ballerini quando essi denunciano l'impossibilità per la fenomenologia psichiatrica di declinarsi in una psicoterapia formalizzata; i motivi che egli adduce sono però diversi da quelli dei suoi due colleghi, questo perché «al fondo dell'atteggiamento fenomenologico c'è un'istanza liberatoria dalle costrizioni della mondanità ed una tensione continua verso il recupero del mondo della vita. Mentre il fenomenologo affronta da psichiatra l'alienazione mentale, la sua "corda" antropologica non smette di vibrare nel cogliere l'alienazione sociale. Sa-

rebbe paradossale perciò che egli proponesse a se stesso ed al paziente una formalizzazione qualsiasi del rapporto terapeutico» (p. 55). Il fondatore di COMPRENDRE, in conclusione, porta ancora in avanti e con decisione il suo pensiero e quello che riporterò fra poco può essere considerato il nucleo del suo riflettere: «la fenomenologia non s'identifica con “una generica predisposizione psicoterapeutica”, ma vuole valorizzarla sottraendola ad un abbraccio umanitario, che è, solitamente, non soltanto “generico”, ma anche confusivo ed aleatorio. Essa si propone come fondativa delle scienze psicologiche e delle pratiche che se ne traggono. Questo ruolo fondativo può essere sostenuto (con grandissima approssimazione) o a livello storico o a livello epistemologico. A livello storico si risale a Jaspers, lo si riconosce padrino dell'ingresso della fenomenologia nel campo psichiatrico, si enuclea dal suo pensiero la nozione di comprensione» (pp. 55 e 56). È fondamentale riconoscere che se a K. Jaspers spetta il merito di aver introdotto la nozione di “comprensione” in psicopatologia, questo *non* significa poter stabilire l'equazione: comprensione=psicoterapia. Il ruolo fondativo della fenomenologia può essere sostenuto invece «a livello epistemologico cominciando col negare che la fenomenologia sia di per sé comprensione. Anzi: “la fenomenologia cerca di mettere in evidenza le condizioni di possibilità della comprensione”. [...] Ciò significa non assumere la comprensione come una cosa ovvia, ma problematizzarla. [...] Il fenomenologo si pone [...] dove i significati si spengono e cerca di abitare la sfera debole [...] dove i significati appaiono allo stato nascente. Una sfera che include e non esclude, che è circolare e non lineare. Una sfera, sicuramente, precaria, delicata e transitoria. L'ho chiamata “costellazione” per indicarne la natura, evidente come luminosità e sfuggente come intrezza [...]. In questa sfera includente c'è posto per la comprensione, ma anche per la non-comprensione e per la sopportazione del delirio e del silenzio» (pp. 56 e 57).

V. VERSO UNA PSICOTERAPIA FENOMENOLOGICA:
ATTUALITÀ E PROSPETTIVE
A PARTIRE DALLA “GRUPPOANALISI DELL'ESSERCI”
DI GILBERTO DI PETTA

Il contributo di Gilberto Di Petta che vorrei riprendere è quello apparso sul numero 13 (2003) di COMPRENDRE, dal titolo *L'altra coscienza. Clinica e critica degli stati psicopatologici*. Si delinea qui, in maniera chiara, quel costrutto psicopatologico variamente definito come “stato fluttuante” (*Schwebende Zustand*), “stato di coscienza crepuscolare”,

“crepuscolo-aurorale”, o più correttamente “chiaroscurale”. Siamo approdati alla terra di nessuno della psicopatologia, al confine del già noto, del già visto, all’interno comunque di quella vasta e indefinita area che convenzionalmente chiamiamo “doppia diagnosi” o “comorbidità psichiatrica”. Secondo Di Petta il termine italiano “chiaroscuro” è reso nella lingua tedesca con *Dämmerung*, «ovvero l’istante della transizione tra la luce e l’ombra e viceversa, cioè dalla luce all’ombra nel caso del tramonto ma dall’ombra alla luce nel caso dell’aurora. Tant’è che *Dämmerung*, se accompagnato al sostantivo *Morgen*, che significa mattino, caratterizza l’aurora, ovvero il passaggio dall’ombra alla luce. Se accompagnato al sostantivo *Abend* esso caratterizza il tramonto, che è, invece, il passaggio inverso dalla luce all’ombra. [...] Il termine *Dämmer*, inoltre, in tedesco, significa anche argine, limite, soglia. Il punto, allora, è proprio questo. Si potrebbe anche chiamare la *coscienza crepuscolare* come coscienza *liminare*, ovvero coscienza di soglia, coscienza di confine» (p. 81). Ciò che per molti tossicomani è, più semplicemente, lo “sballo”, lo “stare fatti”, trova nel costrutto psicopatologico individuato da Di Petta uno strumento di avvicinamento potente nel tentativo di articolare un incontro – come quello con il “tossico-psicotico” – che si rivela essere estremamente sfuggente, se non addirittura improponibile, senza l’adozione di una prospettiva che nella sua essenza si declina come “fenomenologia della coscienza”.

Fatta questa premessa seguirò ora, nel modo migliore possibile, il cammino che Di Petta ha intrapreso nell’articolo appena citato. Quello che egli si propone è un percorso che, partendo dall’analisi fenomenologica della *coscienza ordinaria* in quanto coscienza-di-mondo, ha come punto d’arrivo la *coscienza delirante-allucinatoria* e come traversina di collegamento tra i due stati (una sorta di terra di mezzo) ciò che egli definisce *coscienza crepuscolare*. La domanda di partenza verte su “il che cosa” la coscienza propriamente sia. La risposta dello psicopatologo è che «la nostra coscienza: siamo noi, che diventiamo adesso. La nostra coscienza: è mondo. Siamo *noi-nel-mondo*, adesso, che ci vediamo, che ci parliamo, che ci ascoltiamo. Questo segmento del mondo che adesso viviamo è la nostra coscienza viva, pulsante, scorrevole e fluida. Siamo, insieme e irriducibilmente, coscienza e mondo, vissuto e realtà. [...] *coscienza e mondo* si fanno, in altri termini, ciò che da sempre sono: *forme* vissute all’orizzonte comune della *Lebenswelt*» (pp. 68 e 69). Il peso e la radicalità di queste affermazioni, sulle prime, può davvero disorientare; quella che Di Petta propone è una *fenomenologia della coscienza vissuta* perché se è vero che «il *vissuto-della-coscienza* e la *coscienza-del-vissuto* ovvero la coscienza vissuta (*conscience vécue* o *gelebte Bewusstsein*) *tout court* si ontologizzano, ovvero essi si

pongono come fondamento ultimo, quasi metafisico, del mondo umano o del modo umano di essere nel mondo» (p. 74), con altrettanta decisione possiamo concludere – parafrasando l'autore – che la *coscienza è il vissuto* e *il vissuto è la coscienza*. L'argomentare è volutamente spiazzante, erratico: «il *vissuto* è, di per sé, in sé e per sé, dotato di senso. L'ultimo dei vissuti umani è ricco di coscienza, di significato e di storia. L'ultimo dei vissuti, il più volatile, non necessita di rimandare a null'altro fuori di se stesso. È credibile. Anche se è un vissuto delirante. È intriso di mondo. Anche se è un vissuto allucinatorio. Un vissuto è un vissuto» (*ibid.*). Prima di inoltrarci nei luoghi dischiusi dalla coscienza crepuscolare, è necessario un ultimo preambolo, di tipo etimologico, sulla coscienza (ordinaria): «la coscienza a cui alludo qui è quella che solo la pregnanza della lingua tedesca rende nella sua ontologia: *Bewusstsein*. La particella *Be* qui indica il moto verso un luogo, il carattere prossemico, intenzionale e *approdante-a-qualcosa* della coscienza stessa [...]. La desinenza *sein*, come è noto, significa l'essere. [...] Il termine greco che significa la coscienza è *syneidesis* che, a ben vedere, è ancora più esplicativo della valenza che la coscienza umana, fenomenologicamente intesa, configura: la particella *syn* sta, qui, per concorrenza o concordanza e la parola *eidesis*, che intrappola il termine *eidos*, sta a significare l'attività *noematico-eidetica*, ovvero l'attività *intuitivo-immaginativa* che caratterizza la vita umana nella sua essenza. Dove l'immagine, travalicando la separazione interno-esterno, non è altro che l'insieme di coscienza e di mondo (del vissuto e del suo oggetto). La particella *syn* greca qui sta anche per indicare la comunione ma, vorrei dire, la concomitanza di coscienza e mondo. Dove c'è coscienza là c'è mondo. Con il greco *eidos*, forma, si esprime ciò che in tedesco è reso come *Sein*, l'essere. La *forma*, in altri termini, è sostanza. Perché la forma è idea. La forma è presa ontologica, è organizzazione plastica e viva della materia. La forma è materia vivente. Ma *eidos* è da *orao* (*oida*) anche visione. Quindi, fenomenologicamente, è visione costituente, organizzatrice, compenetrante. I dati dell'esperienza sensibile (*sinnliche Erfahrung*) sono confezionati, sul piano coscienziale, in *forme* dell'esperienza, ovvero in vissuti (*Erlebnisse*). Allucinazioni e deliri sono esattamente e propriamente questo: *forme della coscienza vissuta*» (p. 78). Si è resa esplicita, nel finale, l'adozione del concetto di “forma” come una sorta di “bandolo della matassa psicopatologica”, costruito immediato e comprensivo.

Il concetto di “forma” sarà in grado – come vedremo – di dispiegare tutte le proprie valenze euristiche proprio nel confronto (o meglio nell'incontro) con l'esperienza del Delirio e dell'Allucinazione, suggelli dell'esperienza psicotica. «È evidente, allora, la straordinaria pre-

gnanza semantica della parola coscienza: qualcosa che intrappola in sé l'essere stesso. Al tempo stesso come *essere-relato-a-qualcosa-dentro-di-lui-che-contiene-il-fuori-di-lui*. La perifrasi italiana è lunghissima. Mi riferisco, qui, alla coscienza *intenzionale* che, in quanto tale, è coscienza costituente. Ovvero è coscienza impregnata, al tempo stesso, di me e di altro, di me e di mondo» (*ibid.*). Ciò che prima io stesso avevo anticipato secondo un'equivalenza (quella di vissuto e coscienza) è esattamente quanto apprendiamo, con le opportune specificazioni, dalle parole di Di Petta: «l'autentico atto di coscienza, dunque, alla fine, è il vissuto. Il vissuto è, al tempo stesso, *atto-di-coscienza*, se colto nella sua forma dinamico-intenzionale, e *stato-di-coscienza*, se isolato in forma per così dire pura. Il vissuto, in sostanza, è sempre la *coscienza-di-qualcosa*. [...] Ma come si dà la *coscienza-di-coscienza*? È difficile cogliere nel suo insieme lo stato di coscienza cosiddetto ordinario o normale. Potremmo dire, forse, che non c'è un definito stato ordinario di coscienza. È rappresentabile come un flusso di vissuti. È la corrente degli *Erlebnisse*. [...] Quando possiamo cogliere un vissuto in maniera più nitida allora finisce che ci troviamo di fronte ad uno stato ben definito della coscienza. Verosimilmente, in questo caso, si tratta di uno stato non ordinario della coscienza. La tranquilla ordinarietà che consente, come diceva Binswanger, di far sì che il mondo accada, diventa discontinua⁶. [...] A qualcosa che offre caratteristiche omogenee di durata, come la coscienza vissuta, si oppongono stati di coscienza tali da perturbare lo scorrere fluido della vita interiore del soggetto e che consentono a noi osservatori di coglierlo attraverso una risonanza tra quello stato particolare e qualcosa dentro di noi che quello stesso stato richiama. A questa idea di riconsegnare gli *stati psicopatologici* alla pienezza semantica di *stati altri di coscienza*, ovvero di *forme dell'altra coscienza*, ci sono arrivato per una via poco ortodossa, ovvero attraverso la clinica e la psicopatologia degli *stati tossicomani*» (pp. 79 e 80). Il vissuto si presenta, si affaccia quindi come una realtà complessa, enigmatica, perché nonostante esso diventi «ciò che più è nostro, [...] *nostro-proprio*, [...] nel senso che il nostro vissuto *siamo* noi, [...] proprio in ciò che è mio più proprio, mi sfugge. In questo suo punto di

⁶ Mi verrebbe da aggiungere che questo procedimento è quello che lo psicopatologo fenomenologicamente orientato (o fondato) fa quando compie l'esercizio dell'*epochè*, la messa fra parentesi dell'ovvio, un'operazione che l'ammalato sente su di sé e vive invece come una forzatura, un'obbligazione, temuta quanto non voluta. Si confronti a questo proposito quanto sostenuto da Calvi. Secondariamente sento di poter dire che Di Petta allude qui alla *coscienza come vera e propria trascendenza*, trascendimento, non potendo mai risultare ciò che propriamente è se non nell'incontro con l'Altro.

fuga, tuttavia, io, come umano che fa esperienza di sé, lo tocco. Questo filo di rasoio che corre, allora, tra il darsi e lo svanire, tra continuità e discontinuità, tra parola e numero è la *forma* psicopatologica: il vissuto stesso, in quanto vissuto mio, nostro ed alieno. È solo questa naturale e costitutiva ambiguità del mio stesso vissuto che mi consente di gettare ponti con l'estraneità schizofrenica, di doppiare il passo dell'incomprensibilità, di accettare zone buie di non senso e di integrarle, senza risolverle, in più ampie regioni di senso» (pp. 74 e 75).

Arriviamo così al cuore del discorso; il contatto con il mondo tossicomane è, fenomenologicamente, il contatto con un orizzonte di coscienza variamente definito come crepuscolare o chiaroscurale: «rispetto all'incontro con lo psicotico (*Begegnung*) l'incontro con il tossicomane è, piuttosto, un confronto o, meglio, uno scontro (*Gegenüber*) tra orizzonti non assimilabili perché uno dei due ha violato il comune denominatore dell'appartenenza alla risonanza emotiva naturale della coscienza umana ordinaria. Rispetto a questa estraneità, ovvero rispetto alla presenza di un costituente estraneo nella coscienza dell'altro che ho di fronte e che presuppongo essere come me, la mia coscienza appercepisce, coglie e vede una commistione di organico e inorganico. Ci sono, cioè, parti della mia coscienza vissuta che entrano in risonanza con la coscienza vissuta e parti che, in questo *vis-à-vis* delle coscienze, non entrano in risonanza, ovvero che rimangono mute. La condizione di permanente coscienza alterata dei tossicomani mi ha consentito, allora, di entrare nella definizione, nella struttura e nella dinamica di un particolare stato di coscienza, la *coscienza crepuscolare*, [...] l'esperienza vissuta dello *sballo*. L'importanza della descrizione accurata dello stato crepuscolare della coscienza deriva dal fatto che a mio avviso esso può essere assunto come feritoia di collimazione di numerose condizioni psicopatologiche, oltre quelle tossicomani, nonché, addirittura, come posizione privilegiata per la fenomenologia dello sguardo» (pp. 80 e 81).

Di Petta affianca a queste considerazioni generali una valutazione più specifica su questo particolare stato di coscienza, attraverso l'analisi di quattro caratteristiche salienti:

«1) il campo di coscienza dello stato crepuscolare è ristretto. Gli oggetti fissati dallo sguardo e su cui è diretta l'attenzione sono limitati come numero e come caratteristiche. Le cose vengono colte dalla coscienza nei loro profili fenomenici assolutamente essenziali. [...] Lo stato di coscienza crepuscolare può essere definito deficitario in quanto offre una riduzione del campo ed un'attenuazione del fuoco della coscienza ed una conseguente accentuazione del fuoco su alcune cose ristrette con conseguente facilitazione alla produzione allucinatoria e delirante. Lo stato crepuscolare può quindi essere definito come una con-

dizione di partenza e di passaggio, una sorta di crocevia fondamentale, per tutte le grandi forme della psichiatria clinica: schizofrenia, mania e malinconia [...].

2) Lo stato crepuscolare della coscienza è anche lo stato farmacologicamente indotto da tutti i trattamenti psicofarmacologici, ovvero lo stato nel quale vengono mantenuti tutti i soggetti con sintomatologia psichiatrica passibile di trattamento [...].

3) Lo stato crepuscolare, senza la componente di ansia o di angoscia, dovrebbe essere, ancora, lo stato di coscienza del saggio, dell'asceta o addirittura dello psicopatologo fenomenologicamente fondato. [...] Il chiaroscuro allora è la condizione di visionarietà di base della coscienza immaginativa, ovvero della coscienza eidetica, ovvero della coscienza vissuta [...].

4) La criticità estrema e la volatilità dello stato crepuscolare della coscienza in quanto stato di transito risaltano nella descrizione fenomenologica di una serie di stati di esordio della schizofrenia, che propriamente nello stato crepuscolare della coscienza trovano la loro collocazione, come vera e propria sindrome di passaggio (*Durchgangssyndrome*). Mi riferisco, evidentemente, qui, all'esperienza crepuscolare della fine del mondo (*Weltuntergangserlebnis*) e a quella aurorale dell'atmosfera sorgiva del delirio (*Wahnstimmung*) [...]. Questo spettro esperienziale, inscritto nello stato crepuscolare della coscienza, esita nella coscienza delirante e allucinatoria come mondo *altro* dal mondo, *altro* mondo nel mondo, mondo che accade dopo che è finito il mondo» (pp. 83-86).

Attraverso il volano della coscienza crepuscolo-aurorale come *metaxu*, terra di mezzo, siamo infine approdati sul terreno della coscienza delirante e allucinatoria, alla Follia propriamente detta. Ma ecco come anche qui la lente fenomenologica sa individuare più di altri orientamenti il *plus* (barisonianamente) e non il *minus*; delirio e allucinazione infatti, «oltre a marcare il fallimento della comunicazione, sono intesi dalla fenomenologia anche come veri e propri emblemi di una sfida, sfida non vincibile, forse, del tutto, ma in ogni caso mai perduta del tutto, come stremato richiamo di incontro, *appello* (*Anrede*) alla comprensione infinita e possibile delle forme dell'amore e delle forme del dolore nelle quali l'esperienza umana si organizza» (p. 88). Il delirio e l'allucinazione sono a tutti gli effetti «*immagini-di-mondo*, [...] *conformazioni* [che] costituiscono, a tutt'oggi, comunque siano andate le cose, la ragion d'essere (forse l'ultima ragion d'essere) della *psichiatria clinica*» (p. 89).

A conclusione del suo intervento Di Petta riprende il concetto, più volte tratteggiato, di *forma* così come emerge dal confronto – ancora

una volta – fra il mondo coscienziale (ordinario) da una parte e quello allucinatorio (percettivo) e delirante (ideativo) dall'altra: «non si dà, in altri termini, la possibilità di alcun discorso *clinico* in psichiatria se non ci si confronta con questo tipo di *crociera*, un braccio della quale è come se fosse rappresentato dall'*ideazione*, l'altro dalla *percezione*. E proprio questa, poi, è la *crociera* che, ad un certo punto, viene spezzata nella sua *ragion d'essere* da questo tipo di sguardo fenomenologico (di *visione*): cade, alla fine, anche la distinzione tra *piano della percezione* e *piano dell'ideazione*. In un certo senso entrambe finiscono per trovare, all'orizzonte fenomenologico della coscienza, un comune spazio di rappresentazione: la *forma* che si oppone al nulla» (pp. 89 e 90). La *forma* individuata da Di Petta consente quindi la convergenza del piano ideativo con quello percettivo. Fatto questo, però, un altro ordine di problemi è rappresentato dalla significazione, dalla donazione di senso alla specifica immagine interna (il tema o contenuto delirante); lo stabilire in sostanza quale sia l'idea, la *forma* di mondo di «quel particolare uomo lì che noi – per convenzione – chiamiamo *psicotico*». Più che un'impresa questa dovrebbe allora essere vissuta come un'*intrapresa* di se stessi nell'ingaggio con l'Altro. Per fare questo possiamo avvalerci, *nella pratica*, di due sussidi potenti: la *Daseinsanalyse*, che nell'ottica di Di Petta diventa *Gruppen-Daseinsanalyse*, e il *Questionario dei Sintomi-Base (Frankfurter Beschwerde Fragebogen, FBF)*⁷. Come ciò possa avvenire, operativamente, è quanto ci fa intravedere Di Petta nelle densissime pagine del suo libro sulla terapia delle emozioni condivise.

BIBLIOGRAFIA

- Agresti E.: *Psichiatria clinico-nosografica e psichiatria fenomenologica: un confronto*. COMPRENDRE, 2002, 12: 11-30
- Ballerini A.: *Psicopatologia fenomenologica e psichiatria biologica: un "salto mortale" epistemico o una possibile convergenza?*. COMPRENDRE, 2001, 11: 7-17
- Barison F.: *La psichiatria tra ermeneutica ed epistemologia*. COMPRENDRE, 1990, 5: 27-33

⁷ Si confronti in merito all'utilizzo di questi due strumenti il libro, a cura di G. Stanghellini, *Verso la schizofrenia. La teoria dei sintomi-base*, Idelson Liviana, Napoli, 1992, per quanto riguarda l'FBF e il libro di G. Di Petta, *Gruppoanalisi dell'esserci – Tossicomania e terapia delle emozioni condivise*, Franco Angeli, Milano, 2006, per quanto riguarda l'impostazione terapeutica, di marca fenomenologica, originata dall'Autore.

- ... : *Una psichiatria ispirata ad Heidegger*. COMPRENDRE, 2001, 11: 19-27
- Benedetti G.: *Lo sviluppo del concetto del Sé nella psicoanalisi recente*. COMPRENDRE, 1990, 5: 35-45
- Blankenburg W.: *La psicoterapia degli schizofrenici come ambito di convergenza psicoanalitico-daseinsanalitica*. COMPRENDRE, 1992, 6: 19-28
- Calvi L.: *In tema di accanimento terapeutico – Un dibattito e un esercizio fenomenologico (con interventi di Alfredo Civita e di Alberto Giannelli)*. COMPRENDRE, 1994, 7: 15-31
- ... : *Fenomenologia e psicoterapia*. PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA, 1995-96, 33: 42-59
- ... : *Presentazione*. COMPRENDRE, 1998, 8: 5-6
- ... : *Fenomenologia è psicoterapia*. COMPRENDRE, 2000, 10: 49-61
- Dalle Luche R.: *Per una psichiatria integrata, integrante e integra*. COMPRENDRE, 1998, 8: 125-127
- Di Petta G.: *L'altra coscienza. Clinica e critica degli stati psicopatologici*. COMPRENDRE, 2003, 13: 67-100
- ... : *Gruppoanalisi dell'esserci – Tossicomania e terapia delle emozioni condivise*. Franco Angeli, Milano, 2006
- Gozzetti G.: *Il piano psicoterapeutico dell'incontro*. COMPRENDRE, 1998, 8: 61-69
- Manica M.: *L'impostazione fenomenologica tra modello medico e psicoanalitico (proposta per una psichiatria etica e gentile)*. COMPRENDRE, 1998, 8: 83-97

Dr. Nicola Delladio
Via Sorasass, 12
I-38038 Tesero (Tn)