

LA CLAUSURA DI OFELIA. FENOMENOLOGIA CLINICA DI UN CASO D'OSSESSIONE

SIMONE BIONDI

Ofelia* mi fu inviata da un collega psichiatra al termine dell'anno di psicoterapia erogato da un servizio pubblico, data l'impossibilità dello psicoterapeuta strutturato di continuare in ambito privato. Durante il primo contatto telefonico, oltre a dichiarare le proprie generalità e la richiesta di un appuntamento, Ofelia, con tono secco e deciso, che ricordava lo strappo fulmineo di un cerotto, mi rivelò anche la sua diagnosi di disturbo ossessivo. La paziente arrivò al primo incontro con qualche minuto di ritardo senza addurre scuse, si presentò con tono cordiale, mi strinse debolmente la mano, ed entrò in studio tenendo gli occhi rivolti verso il pavimento. Al tempo della terapia Ofelia era una studentessa universitaria fuori sede poco più che ventenne, esile e slanciata di corporatura (normopeso), sobriamente curata nell'aspetto e nell'abbigliamento. Una volta entrati in studio, la paziente si sedette sulla sedia con un movimento molto leggero ed aggraziato, e mantenne la stessa leggerezza nella postura per l'intera terapia. Non appena mi fui accomodato anch'io sulla mia poltrona, Ofelia alzò gli occhi dal pavimento dirigendo il suo sguardo verso di me, ma sempre mantenendo la testa reclinata leggermente verso il basso, gli angoli della bocca accen-

* Il nome Ofelia è stato attribuito alla paziente in quanto la sua psicopatologia ricordava lo stallo psicologico in cui si trovò l'Amleto di Shakespeare quando pronunciò il famoso monologo. Per rispettare il genere sessuale della paziente, si è deciso di chiamarla con il nome dell'amata del protagonista.

narono ad un timidissimo sorriso che interpretai come una difficoltà ad iniziare il discorso e, quindi, le chiesi in cosa consistesse il problema che la portava in terapia.

I. INQUADRAMENTO PSICOPATOLOGICO

Ofelia lamentava un'abnorme fissazione dell'attenzione sul proprio respiro (l'espandersi ed il comprimersi della cassa toracica o l'inspirare e l'esprire l'aria dalle narici) che si presentava prevalentemente in situazioni sociali quali le lezioni universitarie e le uscite con gli amici, e che le impediva di prestare attenzione a ciò che gli altri facevano o dicevano. Tale "ossessione", come lei la chiamava, veniva sopportata con grande fatica e titanica frustrazione, ma solo rarissimamente era sfociata in evitamenti o fughe. La paziente confessò di propria spontanea volontà di essere sempre stata una ragazza timida e di avere avuto difficoltà a relazionarsi con il gruppo dei pari fin a partire dalla più tenera età, difficoltà che l'aveva portata ad un discreto grado di isolamento sociale. L'anno di terapia trascorso presso il servizio pubblico l'aveva aiutata molto a contrastare questa sua fobia sociale (era riuscita a stringere nuove amicizie ed era riuscita a legarsi sentimentalmente ad un ragazzo nella nuova città universitaria d'adozione), ma la fissazione sul respiro persisteva provocandole un forte senso d'inadeguatezza. La timidezza e la difficoltà di relazionarsi agli altri si manifestarono fin da subito anche nelle nostre sedute con risposte generiche e concise alle mie domande, che mi costringevano ad incalzare con gli interrogativi, rimandandomi la sensazione di essere un investigatore che cerca di estorcere una confessione.

Oltre alla spasmodica attenzione sul respiro, Ofelia accusava anche una pervasiva apprensione nei confronti della finestra della sua stanza, che assumeva la forma di una fobia di autodefenestrarsi (atto che seriamente dichiarava di non aver alcuna intenzione di compiere), apprensione che la distoglieva dallo studio quotidiano, senza tuttavia andare ad interferire con i risultati od i tempi universitari. In un momento particolarmente favorevole della sua fluidità verbale, verso la fine del quinto incontro, quando il ghiaccio iniziale si era in gran parte sciolto, la paziente collegò la fobia della finestra ad esperienze infantili in cui la madre e la nonna materna reagivano ansiosamente tutte le volte che lei si sporgeva dai balconi delle finestre della sua casa natia. Interrogata intorno al presentarsi della fobia in riferimento a qualunque finestra, Ofelia rispose negativamente, chiarendo che le capitava prevalentemente con quella della sua camera e pochissime altre. Indagando se le fine-

stre ansiogene avessero qualche caratteristica in comune, che le differenziassero dalle non ansiogene, con un certo grado di fatica arrivammo alla conclusione che solo le finestre affaccianti su spazi chiusi le provocavano la reazione fobica: la visuale aperta dalla finestra della sua camera sfociava sul muro del palazzo di fronte.

Per di più, Ofelia lamentava una ruminazione ossessiva nei confronti di tutta una serie di questioni che, per loro natura morbosa, non riuscivano mai a concretizzarsi in atto: da tempo pensava di iscriversi ad un corso di lingua inglese, ma non si era mai recata alla segreteria del centro linguistico; pensava di inviare il proprio *curriculum vitae* a delle scuole di ginnastica artistica (da adolescente era stata una promessa in quell'ambito) per poter insegnare e magari tornare a praticare, ma non l'aveva mai spedito; pensava di entrare a far parte di una qualche associazione di volontariato, ma non aveva mai preso contatti; nutriva dei dubbi sulla scelta della specialistica universitaria, ma non si era mai informata sulle alternative; da anni voleva comunicare ai propri familiari in cosa precisamente consistesse la sua sofferenza (sapevano solo che viveva in uno stato di disagio), ma non ne aveva mai avuto il coraggio.

Ascoltando questa mole di elucubrazioni amletiche, ebbi una sensazione di dissonanza tra la ricchezza di propositi esposti da Ofelia e la povertà di concretizzazioni di tali propositi, dissonanza che avevo già percepito all'inizio della terapia tra il tono deciso della telefonata di presentazione e l'atteggiamento sommesso del primo incontro. Quando le verbalizzai questa mia sensazione, la paziente si ricordò di una delle poche conversazioni intime avuta qualche tempo addietro con suo padre (il quale veniva descritto, allo stesso modo della sorella maggiore, come uomo di poche parole) in cui quest'ultimo le raccontò di come fosse sempre stata una bambina molto vivace ed attiva, ma che intorno agli otto anni era cambiata perdendo buona parte della sua vivacità ed acquistando un carattere più mansueto e tranquillo. Sulla scia aperta da tale ricordo, il colloquio si incentrò su questo contrasto tra un suo essere vivace ed un suo essere mansueto e, lentamente, la patogenesi della paziente andò delineandosi: fin dalla più tenera età, Ofelia si era contraddistinta per la sua "vivacità", cioè per un tratto estroverso della personalità che la portava all'esplorazione attiva del mondo circostante, e che spesso la gettava in situazioni di pericolo (come, ad esempio, lo sporgersi dal balcone della finestra), o tali venivano giudicate dalle figure di accudimento (sostanzialmente la madre e la nonna materna), le quali reagivano con una forte reazione ansiosa. La paziente ha sempre descritto la linea genealogica femminile come persone tendenti ad allarmarsi facilmente che, di conseguenza, erano fortemente limitanti nei confronti delle sue esplorazioni nei confronti del mondo. Di fronte a tali

limitazioni, Ofelia ha presto imparato ad inibire la propria “vivacità”, ha cioè imparato a frenare l’impulso di esplorare il mondo per evitare di incorrere nelle risposte ansiose delle figure di accudimento, adottando di conseguenza un comportamento più “mansueto”, maggiormente rivolto all’immobilità ed alla stasi. Uno dei motivi per cui la paziente non riusciva a raccontare alla madre i dettagli della sua sofferenza era perché «poi lei si mette in agitazione e finisce che sono io a dover prendermi cura della sua ansia piuttosto che lei della mia». Tuttavia, l’essere “vivace” che portava Ofelia ad interessarsi del mondo, non si è mai spento del tutto, ma ha dovuto, per così dire, ritirarsi nel chiuso del pensiero, il quale, privo di apertura comportamentale verso il mondo, non provocava risposte ansiose in chi si prendeva cura di lei. La paziente si è così ritrovata in una sorta di “isolamento noetico”, o “monade” come finimmo per chiamarla in terapia, che la costringeva ad occuparsi degli eventi che le accadevano prevalentemente tramite il pensarci sopra senza riuscire ad esprimerli comunicandoli ad amici o familiari, o agendoli.

Diversamente da altre configurazioni psicopatologiche, allora, l’eidos ossessivo del presente caso clinico non si caratterizza per aver strutturato il mondo sotto la dittatura del sudicio e del putrido (von Gebattel, 1936), ma per la costante presenza del dubbio anancastico (Calvi, 1996; Muscatello e Scudellari, 2010) che, tuttavia, in Ofelia non riguardava tanto il disordine (Calvi, 1996), andando di conseguenza a sfociare nel comportamento compulsivo atto a riportare l’ordine, quanto l’effetto che la propria azione comportamentale avrebbe avuto sulle persone: Ofelia viveva nel perenne dubbio se l’attuazione della propria azione pro-positiva sul mondo, cioè il proprio essere “vivace”, avrebbe allarmato le persone significative per lei e, per evitare di cadere in tale possibilità, inibiva l’azione comportamentale. Dato che «l’Esserci comprende il proprio essere in base all’ente a cui si rapporta cioè in base al mondo» (Heidegger, 1927, p. 33), lo specifico Esserci, che Ofelia era, aveva compreso il proprio attivo dirigersi propositivo verso gli enti del mondo (la sua “vivacità”) come generatrice di ansia. Di fronte a tale comprensione progettante (Heidegger, 1927, §31), cioè di fronte alla possibilità (e quindi al dubbio) di scatenare nuovamente ansia tramite il suo “essere vivace”, la paziente aveva inibito l’azione comportamentale ed aveva limitato il proprio essere-presso-il-mondo al pensare intorno agli enti ed agli eventi del suo mondo. All’interno dei nostri colloqui, questa limitazione assumeva la forma discorsiva della riflessione moral-esistenziale intorno alla questione della scelta: Ofelia era solita passare in rassegna qualsiasi pro e contro di ogni sua possibile opzione pratica intorno agli eventi significativi che le accadevano e, una volta appurato che qualsiasi scelta possedeva sia un pro che un contro, per non incor-

rere negli effetti che il contro avrebbe provocato, decideva di non decidere e di sostare nella non scelta. Tale sosta, a sua volta, la costringeva a pensare di continuo intorno al da farsi ripercorrendo i pensieri già pensati e cercando di pensarne di nuovi, così da trovare una strategia d'azione priva del contro che fatalmente non trovava. Nei confronti di amici e familiari, ad esempio, Ofelia provava un irrefrenabile impulso a raccontare le sue vicende psicopatologiche, motivata dal fatto che «nessuno conosce questa parte di me, nessuno sa di queste cose, gli altri vedono e conoscono solo la maschera che indosso, ma non chi io sia veramente e così mi sento sempre sola», ma ogni volta si frenava nel raccontarsi in quanto «mi prenderebbero per pazza, non capirebbero queste mie ossessioni, si agiterebbero e verrei isolata ancora di più». Ed è proprio in virtù della comprensione progettante appena esposta che si genera il sintomo della morbosa attenzione nei confronti del respiro all'interno di situazioni sociali: in presenza di altri, Ofelia non era mai libera di dispiegare appieno la propria azione propositiva, non era mai libera di esprimersi completamente, non era mai libera di attuare il suo "essere vivace", ma era obbligata a stare in mezzo agli altri al modo del "freno", cioè al modo di chi possiede un'azione propositiva, ma si frena per timore delle conseguenze che tale espressione provocherebbe. La tragedia di Ofelia consisteva nel fatto che, per evitare di mettere angoscia in chi le stava attorno, si metteva essa stessa in angoscia, la quale, per la sua stessa natura somatica, angustia la cassa toracica e soffoca il respiro allo stesso modo con cui lei soffocava la propria "vivacità".

Anche il sintomo fobico nei confronti della finestra può essere compreso alla luce del modo d'essere del "freno": la chiusura d'orizzonte delle finestre ansiogene rappresentava per Ofelia la propria chiusura noetica dalla quale cercava disperatamente di liberarsi gettando fuori, cioè agendo, la propria "vivacità", libertà che nella fantasia della paziente assumeva l'immagine del gettarsi fuori dalle finestre con visuale occlusa. Il ricordo delle reazioni genitoriali in risposta al suo infantile sporgersi dal balcone menzionato da Ofelia è stato, nella nostra comprensione, una semplice associazione *post hoc*, che nulla ha a che vedere con una relazione causale di ordine traumatico tra evento e sintomo come la potrebbe concepire una spiegazione naturalistica. Sicuramente la storia di Ofelia ha contribuito alla formazione di tale particolare fobia; tuttavia, com'è noto (Binswanger, 1928), all'interno di un ordine di comprensione fenomenologico non possiamo considerare la storia di un paziente come un insieme di legami causali, ma dobbiamo pensarla come lo storicizzarsi dell'Esserci (Heidegger, 1927, §74), cioè come il tramandarsi dell'essente-stato nell'attuale comprensione progettante. E l'essente-stato di Ofelia si era caratterizzato come un progressivo arre-

trare della sua “vivace” spinta propositiva dall’azione al pensiero, determinando di conseguenza la sua attuale comprensione progettante come impossibilitata a dare uno sfogo attivo ai propri propositi. Tale comprensione si esplicava anche nella spazializzazione (Heidegger, 1927, §23) del particolare Esserci che Ofelia era dando luogo alla fobia della finestra: l’impossibilità di vedere oltre la finestra, cioè l’impossibilità della trascendenza percettiva di aprirsi oltre un certo limite spaziale, era per Ofelia lo stesso della sua impossibilità di trascendere i propri propositi aprendoli in azioni concrete sul mondo, a cui la paziente contrapponeva la fuoriuscita dalla “monade” verso la piena espressività di sé che, nel caso della finestra, si manifestava con l’idea di fuoriuscire dalle finestre con la visuale chiusa. Invece, un orizzonte visivo aperto, cioè il pieno aprirsi spaziale della trascendenza percettiva, non dava luogo alla contrapposta spinta espulsionale e quindi a nessuna fobia di espellersi dalla finestra. Inoltre, il fatto che la principale finestra fonte di fobia fosse quella della sua camera segue la comprensione appena delineata: per Ofelia, la sua camera era il luogo in cui andava a ritirarsi per studiare, ritiro che rimarcava il suo senso di solitudine e clausura, il quale serviva da precursore all’insorgere della fobia. All’interno di quella camera, la paziente si sentiva già sola ed isolata e la chiusura prospettica della finestra non faceva che rinvigorire il suo senso di solitudine. Mai come nella sua stanza Ofelia si sentiva sola.

II. L’INTERVENTO TERAPEUTICO

A partire dalla comprensione psicopatologica appena delineata, diventa evidente che il fine della terapia di Ofelia fosse quello di farle recuperare la possibilità di attuare la sua “vivace” spinta propositiva, liberandola dalla clausura noetica in cui era incastrata. La questione che qui preme toccare è in quale modo ciò possa essere fatto e, soprattutto, su quale fondamento di possibilità possa essere fatto. In questo capitolo ci occuperemo della prima questione, lasciando al prossimo capitolo alcune riflessioni sulla seconda.

Dato il visibile freno, che Ofelia poneva nel raccontarsi anche in seduta, una prima azione terapeutica fu quella di formulare i miei interventi sotto forma di interrogativi, e non di affermazioni, in modo da lasciare aperto alla paziente il campo d’espressività. Inoltre, il domande fu costruito a forma piramidale partendo da domande generiche intorno a determinati argomenti (ad esempio: «Com’è ora il rapporto con i suoi genitori?») ed entrando gradualmente nei dettagli della questione («Questa risposta di suo padre come l’ha fatta sentire?»), in mo-

do da consentire ad Ofelia di raccontare il più possibile intorno ai singoli eventi che le accadevano.

Sempre in vista della legittimazione della sua vivace spinta propositiva, si è cercato, nei limiti del possibile, di venire incontro alle richieste della paziente circa le modificazioni del *setting* terapeutico (sostanzialmente orario e giorno degli incontri). Per di più, il costante ritardo di un paio di minuti (di cui Ofelia ha iniziato a scusarsi a partire dal terzo incontro, quando la relazione terapeutica iniziava a stringersi), ritardo che venne interpretato come: “Se esprimo un briciolo della mia vivacità trasgredendo leggermente alle tue regole, ti allarmi e vai in ansia pure tu?”, fu sempre trattato con tranquillità rispondendo con un «Si figuri, non c'è problema» al «Scusi per il ritardo». Questi primi interventi iniziarono a mostrare il loro effetto terapeutico dopo un paio di mesi dall'inizio della terapia con un aumento considerevole delle spontanee comunicazioni verbali, ed una diminuzione di frequenza nei ritardi agli incontri.

Allo scopo di consentire alla paziente di poter attuare la propria vivacità anche fuori dalla situazione terapeutica, si è insistito affinché provasse a spedire il proprio *curriculum vitae* alle scuole di ginnastica artistica, ad informarsi presso le varie associazioni di volontariato, ad iscriversi ad un corso di lingua inglese e a provare a parlare ad amici e parenti dei propri problemi, insistenza che aveva lo scopo di comunicarle implicitamente: “Appoggio il tuo essere vivace, per me merita di dispiegarsi sul mondo”. Inoltre, all'interno delle sedute, sono state a più riprese immaginate le possibili reazioni dei familiari a tali azioni, in particolar modo alla comunicazione della propria sofferenza, che Ofelia inevitabilmente proiettava come “non capirebbero” o “si preoccuperebbero”. In maniera non dissimile dagli interventi di ristrutturazione cognitiva (Dobson, 2000) e di responsabilizzazione della *Gestalt* (Quatrini, 2011), si è cercato di analizzare i percorsi di pensiero che davano vita alla particolare comprensione proiettante di Ofelia, di mostrarle come essi appartenevano unicamente al suo sistema di comprensione e non alla realtà dei fatti in quanto, non avendo mai provato ad agire quei propositi, non possedeva esperienza rispetto alle possibili risposte, e di provare a pensare a situazioni in cui riceveva risposte alternative partendo dal tipo di risposte che stava ricevendo in terapia. Tuttavia, questi interventi tardarono a sortire l'effetto voluto fintanto che, in una seduta avvenuta a circa sei mesi dall'inizio, discutendo della fatica di Ofelia di narrare i propri vissuti anche in terapia, la paziente confessò di avere anche delle difficoltà ad iniziare il discorso durante i nostri incontri e di mantenere un atteggiamento di attesa aspettando che fossi io a cominciare verbalmente la seduta. Tale confessione mi aprì gli occhi (*insight*)

su come stessi tenendo un comportamento collusivo nei confronti della psicopatologia della paziente negandole la spontanea iniziativa propositiva, e costringendola a retrocedere nella risposta ad una mia sollecitazione. In virtù di tale *insight*, mi accordai con Ofelia che a partire dalla seduta successiva, sarebbe stata lei ad iniziare la conversazione mentre io sarei rimasto in silenzio in attesa del suo verbo. L'incontro seguente, a parte il saluto di benvenuto, mi accomodai sulla mia poltrona e silenziosamente attesi che fosse la paziente a cominciare il discorso. Dopo alcuni secondi in cui la postura di Ofelia perse la sua naturale eleganza di ginnasta per contorcersi spasmodicamente e il volto si sfigurò nello sforzo di far uscire dalle labbra parole che tentennavano ad esprimersi se non sotto forma di uno sbuffo, la paziente iniziò a raccontare cosa le era successo nella settimana che separava una seduta dall'altra. Ma già a partire dalla seconda seduta in cui vigevo il nuovo "contratto terapeutico", Ofelia cominciò a parlare con una copiosità verbale decisamente maggiore rispetto al passato non appena entrambi toccammo le rispettive sedie. Tempo un mese e si era iscritta ad un corso d'inglese, era stata assunta come insegnante in una scuola di ginnastica artistica, aveva deciso di rimanere nel corso universitario che frequentava, si era informata presso le associazioni di volontariato, ma aveva rinunciato dato che i nuovi impegni le riempivano tutto il tempo a sua disposizione. Rimaneva, tuttavia, la difficoltà di raccontare ai familiari la propria psicopatologia, difficoltà che venne superata un paio di mesi più tardi, tempo necessario affinché l'essere riuscita ad agire alcuni dei propri propositi le aveva mostrato che, nel farlo, non solo nessuna delle persone intorno a lei aveva reagito con ansia, ma lei stessa stava ottenendo ottimi risultati con il plauso degli attori coinvolti. Fortunatamente, la comunicazione ai familiari viaggiò nella stessa direzione e, al contrario di quanto si era sempre aspettata, il padre e la sorella reagirono con calma e comprensione alle delucidazioni che Ofelia loro presentò circa la propria psicopatologia, evento che favorì un aumento di vicinanza relazionale tra di loro prima d'ora impensabile per la paziente. In particolar modo, la sorella approfittò dell'occasione per condividere le proprie difficoltà relazionali con i genitori, andando così a saldare maggiormente il legame fraterno. La madre, invece, fu il membro della famiglia che reagì con più ansia alla comunicazione, ponendole molte domande sul come e perché della sua psicopatologia; tuttavia, la sua reazione non risultò così allarmata come Ofelia aveva progettato, e bastò la rassicurazione che le cose stavano andando meglio a calmarla. Forte di queste disconferme alla illegittimità del proprio "essere vivace", e dell'aumento di autostima, che seguì il riconoscimento pubblico della "bontà" di tale modo d'essere, Ofelia iniziò a stare liberamente in mezzo agli altri sen-

za freni inibitori, e senza l'ansia che da essi scaturiva, con conseguente scomparsa dell'attenzione morbosa sul respiro. Per di più, il riuscire ad esprimersi pienamente con amici e familiari attenuò di gran lunga il suo senso di solitudine e di clausura, spazzando via di conseguenza anche il sintomo fobico nei confronti della finestra. Dopo circa un anno e mezzo, decidemmo di terminare la terapia.

Nella telefonata di controllo a quattro mesi dalla fine, Ofelia mi raccontò che i sintomi non si erano più presentati, le varie attività intraprese durante i nostri incontri continuavano a dare buoni risultati e molte soddisfazioni, aveva cambiato appartamento allontanandosi dalla difficile relazione con alcuni coinquilini avendo ora una stanza con la finestra aperta sopra i tetti della città, la situazione familiare era tranquilla, il rapporto con la sorella era più stretto che mai, ed era molto contenta della propria vita sociale che affrontava con tranquillità e spensieratezza.

III. VERSO IL FONDAMENTO FENOMENOLOGICO DELLA PSICOTERAPIA

Il caso clinico appena esposto, seppur nella sua sommarietà, necessaria a contenerne il materiale ed a favorire la chiarezza espositiva, serve da esemplificazione alle brevi riflessioni che ora si vorrebbero accennare intorno ai fondamenti fenomenologici della psicoterapia. Che cos'è accaduto tra terapeuta e paziente in modo che la modalità d'essere-nel-mondo di quest'ultima mutasse dalla monadicità della clausura noetica alla libera espressione della propria "vivacità"? E, soprattutto, su quale fondamento è stato possibile che ciò accadesse?

Convieni preliminarmente precisare che la fenomenologia a cui di seguito si farà riferimento è di stampo prettamente heideggeriano, in quanto l'apertura unitaria dell'essere-nel-mondo offre un orizzonte di comprensione in cui i movimenti esistenziali, che si tendono tra i partecipanti alla psicoterapia, acquistano un ordine interpretativo difficilmente guadagnabile con la fenomenologia di Husserl, dove vige ancora la scissione tra Io e Mondo, e la mal posta problematica ad essa connessa intorno all'apprensione delle esperienze vissute di una coscienza altra incastonata dentro un corpo (*Lieb*) altro.

«L'Esserci, in virtù del suo modo fondamentale di essere, è già sempre "fuori", presso l'ente che incontra in un mondo già sempre scoperto. E il soffermarsi presso un ente da conoscere e da determinare non rappresenta un abbandono della sua sfera interna, poiché, anche in questo "esser fuori" presso l'oggetto, l'Esserci è genuinamente "dentro": cioè esiste come essere-nel-mondo che conosce» (Heidegger, 1927, p.

87). All'Esserci, dunque, non appartiene un'interiorità, che deve scavalcare i limiti del proprio corpo per estendersi sul mondo, ma fa parte del suo essenziale modo d'essere l'essere già presso il mondo, senza nemmeno avere il bisogno di dover aggiungere "che sta fuori di lui" in quanto, fenomenologicamente, non si dà la divisione tra un fuori ed un dentro dell'Esserci, ma sempre e solo la struttura unitaria dell'essere-nel-mondo. All'interno della psicoterapia, allora, l'Esserci che il paziente è, è sempre e già "fuori" presso il mondo della situazione terapeutica, e quindi è sempre e già "fuori" presso lo psicoterapeuta, così come l'Esserci che lo psicoterapeuta è, è sempre e già "fuori" presso il paziente. All'interno della psicoterapia, allora, paziente e terapeuta sono l'uno-presso-l'altro. Questo reciproco essere-presso-l'altro era stato intuito da Freud nella teorizzazione del transfert (*übertragung*) e del controtrasfert (*gegenübertragung*), anche se il padre della psicoanalisi, essendo privo del pensiero intorno all'essenza estatica dell'Esserci, non riuscì a cogliere l'unità d'ulteriorità (*über*) che l'essere-presso-l'altro crea, ma si era, per così dire, fermato ad uno scambio dinamico bidirezionale, quando è proprio nell'unità estatica dell'essere-presso-l'altro che la psicoterapia – come vedremo ora – potrebbe trovare il proprio fondamento di possibilità.

L'essere sempre e già "fuori" di sé presso il mondo, cioè l'essenza estatica dell'Esserci (*Dasein*), comporta che questi si comprenda sempre a partire dal mondo in cui è presso, cioè dal mondo in cui ci (*Da*) è. Come abbiamo avuto già modo di ricordare (cfr. §I), «l'Esserci comprende il proprio essere in base all'ente a cui si rapporta cioè in base al mondo» (Heidegger, 1927, p. 33) presso cui sempre ci è. Nel momento in cui un Esserci entra in terapia, il terapeuta entra a far parte del mondo presso cui quell'Esserci ci è, e a partire dal quale egli comprende il proprio essere. Detto altrimenti, all'interno dell'unità situazionale (*setting*) della psicoterapia, l'Esserci che il paziente è si comprende a partire dall'Esserci che il terapeuta è. Dobbiamo ora chiarire quali siano i momenti costitutivi di tale "comprendersi a partire dal terapeuta", e lo faremo seguendo il percorso terapeutico esposto sopra.

Ofelia entra in terapia con una particolare modalità di essere-nel-mondo che abbiamo sintetizzato nella parola "freno" (cfr. §I). Tale modalità si mostra (*φαίνεσται*) nel linguaggio, inteso nel suo senso amplissimo di manifestazione (*φαίνόμενον*) del modo d'essere-nel-mondo (Heidegger, 1959) della paziente. Essendo per costituzione ontologica presso il paziente, il terapeuta è in grado di *apprendere* (Heidegger, 1954) tale modalità, sempre ammesso che non "sporchi" tale apprensione rapportando (*ratio*; Heidegger, 1954) il manifestarsi della modalità d'essere-nel-mondo della paziente a categorie naturalistiche precosti-

tuite estranee alla specificità ontologica dell'Esserci. A partire da tale apprensione, cioè a partire dalla comprensione della specifica modalità di essere-nel-mondo di quell'Esserci, il terapeuta dice (da intendersi di nuovo in senso amplissimo) qualcosa che sia al contempo *sintono* rispetto al modo d'essere-nel-mondo della paziente, pena una mancata comprensione del messaggio da parte di quest'ultima, e *contrario* a tale modo d'essere in modo da favorirne il cambiamento. Nel presente caso clinico, al dire di Ofelia circa la sua difficoltà di raccontarsi, il terapeuta risponde chiedendole di narrarsi il più possibile; al dire di Ofelia della sua difficoltà di proporsi, il terapeuta risponde chiedendole di esprimersi; al dire di Ofelia del suo "freno", il terapeuta le chiede di "accelerare". L'offerta della richiesta di questi contrari da parte del terapeuta, ovviamente, non viene elargita in maniera casuale e sconsiderata, ma viene dosata sintonicamente in base al grado con cui la comprensione progettante della paziente riesce a comprendere tali richieste: si è partiti con un'implicita richiesta di aumentare le produzioni verbali, si è passati attraverso l'esplicita richiesta di esprimere direttamente la propria vivacità attuando i propositi, si è giunti alla richiesta di agire l'iniziativa espositiva. In ogni modo, nel momento in cui il terapeuta introduce il sintonico e contrario messaggio (l'"accelerare" nel nostro caso), questo entra a far parte del mondo che si dischiude nella situazione terapeutica, mondo presso cui la paziente ci è, e a partire dal quale si comprende. Essendo presso il mondo "accelerato", che il terapeuta ha creato con il suo dire, la paziente inizia ora a comprendersi nella direzione dell'"accelerazione", aumentando le sue produzioni verbali e prendendo l'iniziativa propositiva. Dunque, *comprendendosi a partire dal mondo in cui ci è, il paziente si comprende a partire dal mondo che il terapeuta, tramite il suo essere-nel-mondo in cui ci è anche il paziente, crea*. Chi scrive ritiene che qui potrebbe essere identificato il fondamento fenomenologico-esistenziale della psicoterapia. Nel caso di Ofelia, tramite il suo domandare, il suo non problematizzare il ritardo, l'invito ad attuare propositi, la richiesta d'iniziare il discorso, il terapeuta ha creato il mondo della situazione terapeutica all'insegna dell'accettazione e del favorimento della "vivacità" frenata della paziente la quale, essendo presso questo mondo e comprendendosi a partire da esso, con il tempo ha compreso la propria "vivacità" non più come ansiogena, ma come accettata e favorevole riuscendo di conseguenza ad agirli. Il riscontro positivo da parte del mondo extra-terapeutico alla sua ritrovata espressività ha ulteriormente rinforzato la comprensione di Ofelia della propria "vivacità" come modo d'essere positivo, mettendola così nella condizione di farla uscire dalla clausura noetica in cui la sua storia di vita l'aveva gettata e di liberarla sul mondo.

IV. L'IMPENSATO DA PENSARE

Prendendo spunto da un caso clinico, si è qui cercato di muovere alcuni incerti passi verso la comprensione del fondamento fenomenologico della psicoterapia. Attraverso l'analitica esistenziale di Heidegger (1927), abbiamo rintracciato nell'essenza estatica dell'Esserci, cioè nell'essere presso il mondo in cui l'Esserci già e sempre ci è, il principio di possibilità di una siffatta psicoterapia. Tuttavia, diverse questioni fondamentali restano aperte: la compartecipazione delle altre strutture esistenziali al percorso terapeutico resta insondata e l'importanza che la temporalizzazione propria dell'Esserci, momento fondante della Cura (*Sorge*), possa avere per la psicoterapia necessita di essere portata alla luce. In altre parole, il principio di possibilità della psicoterapia, in quanto incontro tra due enti che sono-nel-mondo al modo unitario della Cura (*Sorge*), è ancora da chiarire. Per di più, resta ancora indeterminato l'annoso problema riguardante la possibilità della fenomenologia di porsi, oltre che come orizzonte di comprensione del psicopatologico, anche come pratica psicoterapeutica. Rispetto alle posizioni di chi sostiene che la fenomenologia debba prendere a prestito le tecniche psicoterapeutiche della psicoanalisi (Rossi Monti e Ballerini, 2000) o, più recentemente, sostenga la proficua commistione di una prospettiva fenomenologico-dinamica (Stanghellini e Rossi Monti, 2009), e coloro che identificano la fenomenologia con la psicoterapia (Calvi, 2000) nella direzione di fare della fenomenologia non una tecnica psicoterapeutica, ma di farne un «esercizio» in cui terapeuta e paziente possono coesistere nello scambio intersoggettivo della propria «visionarietà» (Calvi, 2013), qui si pensa alla fenomenologia, ed in particolar modo alla fenomenologia heideggeriana, come a quell'orizzonte di comprensione capace di dischiudere il fondamento di possibilità della psicoterapia, capace cioè di offrire una risposta fondata al come ed al perché un essere umano possa modificare il proprio stato di salute nell'incontro con un altro essere umano. All'interno di questa prospettiva, la natura apofanticamente descrittiva della fenomenologia viene rispettata in quanto non le si assegna un compito altro rispetto al rendere manifesta la possibilità grazie alla quale si dà un qualcosa come la psicoterapia e, così facendo, si apre la strada a future discussioni intorno alle direttive pratiche che si possono tenere alla luce dell'avvenuta comprensione fenomenologica del fondamento, dato che è sempre e solo a partire dal sapere circa i motivi fondanti un accadere che è possibile attuare praticamente tale accadere. Che tale prassi possa ancora essere aggettivata come "fenomenologica", se ne discuterà a tempo debito.

BIBLIOGRAFIA

- Binswanger L.: *Lebensfunktion und innere Lebensgeschichte* (1927). Trad. it.: *Funzione di vita e storia della vita interiore*, in *Per un'antropologia fenomenologica*. Feltrinelli, Milano, 1970
- Calvi L.: *Il fremito della carne e l'anancastico*, in A. Ballerini e B. Callieri (a cura di): *Breviario di psicopatologia*. Feltrinelli, Milano, 1996
- ... : *Fenomenologia è psicoterapia*. *COMPRENDRE*, 10: 49-61, 2000
- ... : *La coscienza paziente*. Fioriti, Roma, 2013
- Dobson K.: *Handbook of Cognitive-Behavioural Therapies* (2000). Trad. it.: *Psicoterapia cognitivo-comportamentale*. McGraw-Hill, Milano, 2002
- Heidegger M.: *Sein und Zeit* (1927). Trad. it.: *Essere e tempo*. Longanesi, Milano, 1976
- ... : *Was heisst Denken?* (1954). Trad. it.: *Che cosa significa pensare?*. Sugarco, Varese, 1996
- ... : *Unterwegs zu sprache* (1959). Trad. it.: *In cammino verso il linguaggio*. Mursia, Milano, 2006
- Muscatello C.F. e Scudellari P.: *Ossessione e delirio. Due momenti di una stessa crisi dell'identità dell'io*. *COMPRENDRE*, 21: 232-239, 2012
- Quattrini G.P.: *Per una psicoterapia fenomenologico-esistenziale*. Giunti, Firenze, 2011
- Rossi Monti M. e Ballerini A.C.: *La tentazione psicoanalitica*. *PSICHIATRIA GENERALE E DELL'ETÀ EVOLUTIVA*, 37: 99-108, 2000
- Stanghellini G., Rossi Monti M.: *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*. Raffaello Cortina, Milano, 2009
- Von Gebsattel V.E.: *Die Welt des Zwangskranken* (1938). Trad. it.: *Il mondo dell'anancastico*, in D. Cargnello (a cura di): *Antropologia e psicopatologia*. Bompiani, Milano, 1967

Dott. Simone Biondi
Via P. Nenni, 1/A
I-47822 Santarcangelo di Romagna (RN)