

DISPOSITIVI DI VULNERABILITÀ E PSICOTERAPIA

NICOLÒ TERMINIO

I. FENOMENOLOGIA E STUDIO DEL CASO CLINICO

Il legame tra fenomenologia e psicoterapia non è scontato, sebbene la psicopatologia fenomenologica si sia configurata sin dai suoi albori come un'innovazione epistemologica e metodologica dell'incontro con il malato mentale. L'orientamento fenomenologico in psicopatologia pone in rilievo la dimensione del vissuto soggettivo: la malattia mentale non viene osservata dall'esterno come se fosse un mero fenomeno biologico, ma viene interrogata come l'indice semantico del percorso esistente di un paziente¹. La centralità della persona costituisce dunque il carattere peculiare dell'approccio fenomenologico in psicopatologia. In tale cornice epistemologica viene infatti privilegiato un vertice di osservazione che intende superare i limiti dell'organicismo, aprendo nella malattia mentale un orizzonte di senso in grado di illuminarci su ciò che rende umano l'essere umano. In tal senso la psicopatologia fenomenologica va intesa come una "psicologia del patologico" (cfr. Minkowski, 1966), dove l'obiettivo centrale dell'analisi clinica si traduce in un percorso esplorativo sulle condizioni di possibilità dell'esperienza umana.

¹ La psicopatologia fenomenologica, inaugurata da Karl Jaspers con la pubblicazione nel 1913 della sua *Psicopatologia generale*, nasce in contrapposizione al mito positivista di una psichiatria organicistica, che riduce l'incontro con il malato a una mera descrizione dei sintomi, per poi raggrupparli in entità nosografiche che richiamano semmai le classificazioni della botanica. A tal proposito «il fatto che le malattie mentali siano fondamentalmente umane ci obbliga – come osserva Jaspers – a non vederle come un fenomeno naturale generale, ma come un fenomeno specificamente umano» (1913, p. 8).

I disturbi mentali vengono cioè studiati non in quanto deviazioni dalla norma o alterazioni del buon funzionamento, ma in quanto espressioni (fenomeni) che consentono di risalire alla trama fondativa dell'esperienza umana. Le organizzazioni trascendentali non sono altro che le condizioni di possibilità (i trascendentali appunto) dell'esperienza, e le malattie mentali ci svelano – per sottrazione, proprio nel momento in cui vengono messi in discussione i fondamenti antropologici dell'esperienza – le coordinate irrinunciabili affinché una persona possa introdurre la dimensione progettuale nella propria esistenza.

L'approccio conoscitivo della psicopatologia fenomenologica si realizza quindi valorizzando l'ipotesi che le malattie mentali non siano riconducibili a secrezioni bizzarre del cervello, ma siano piuttosto il segnale di una posizione soggettiva che deve ancora trovare una sua piena fisionomia². Non si tratta quindi di distanza dalla norma del buon funzionamento, ma di un modo diverso di essere-nel-mondo: tale prospettiva consente di cogliere la specificità del problema clinico manifestato dal singolo caso clinico. I testi che hanno contribuito a costruire la tradizione fenomenologica in psicopatologia raccolgono una notevole quantità di dettagli clinici attraverso cui si cerca di scandagliare nelle pieghe del vissuto ciò che lo sovradetermina, così come potrebbe fare un campo magnetico con la limatura di ferro. I casi clinici studiati dalla fenomenologia si configurano allora come una serie di casi paradigmatici che tentano di mostrare una dimensione universale attraverso l'analisi del singolare.

La ricerca sul “*single case*” connota la psicopatologia fenomenologica come una disciplina clinica che si preoccupa di definire delle categorie generali attraverso la raccolta e lo studio di innumerevoli ritratti incomparabili e, al tempo stesso, rivelatori della stessa trama sottostante. È come se le differenti incrinature dei diversi casi clinici testimoniassero la presenza di “un qualcosa che sta prima” di ogni possibile differenziazione, tra ciò che potrà assumere una fisionomia normale e ciò che invece imboccherà la via del patologico. “Il qualcosa che sta prima” deve essere concettualizzato come un'organizzazione trascendentale, ossia come quel livello dell'esperienza dove il mondo non è ancora mondo. Da un punto di vista conoscitivo il fenomenologo può

² Tale visione della malattia mentale è collocabile all'interno del più vasto panorama della psicopatologia strutturale che raccoglie, tra gli altri, l'approccio fenomenologico. «Il punto decisivo, il punto che sta all'origine di tutta la psicopatologia strutturale, è la consapevolezza che qualcosa può essere detto o mostrato solo se c'è qualcuno disposto ad ascoltare e capire. L'orizzonte strutturale della psicopatologia si dischiude, pertanto, attraverso il progressivo mutamento della relazione tra lo psichiatra e il malato psichico» (Civita, 1999, p. 63).

però individuare la matrice trascendentale soltanto una volta che l'esperienza vivente si sarà dispiegata fino a diventare vissuta: solo "dopo" potrà essere compreso ciò che stava "prima", solo quando il vivente sarà diventato vissuto (cioè non più vivente), la figura del fenomeno potrà evidenziarsi sullo sfondo dell'esistenza³. Le parole del paziente andranno allora a tracciare le linee di forza del suo destino⁴: dietro il sintomo si suppone che ci sia un'esistenza che è suscettibile di prendere consistenza in un progetto nel mondo della vita. È questa la visione antropologica che definisce la specificità dell'ascolto clinico orientato dalla fenomenologia⁵.

II. FENOMENOLOGIA E PSICOTERAPIA

L'approccio fenomenologico in psicopatologia ha fornito delle splendide analisi cliniche che però non sono sfociate in vere e proprie ricerche sulle modalità di trattamento, sia sul versante dello studio del processo psicoterapeutico sia sull'analisi degli effetti della cura. Si tratta di una lacuna per certi versi inspiegabile, dal momento che nella tradizione fenomenologica riecheggia su più fronti la necessità di "prendersi

³ «Alla presenza dell'*Erleben* e del suo *eidos* accedo sempre, dice caratteristicamente Husserl, attraverso un altro atto e un altro *Erlebnis*, che è propriamente un "*nachleben*": qualcosa che vive nel segno del dopo, del postumo, del ritardo. Il cammino della fenomenologia è allora, almeno in questo senso, il cammino che via via riconosce che il vissuto di cui essa si nutrive è tutt'altro che vivo, che esso è, al contrario, una rassicurante maschera di morte: il costituente scivola di continuo nel costituito, il senso intenzionale o intenzionante si irrigidisce nel significato intenzionato, e incessantemente il "vissuto" si raffredda nel "saputo" di quel vissuto» (Leoni, 2004, p. XVII).

⁴ «La direzione (il *sensu* di marcia) di questa psicopatologia, a mio avviso, è quella indicata dal cammino vitale del suo padre fondatore, Karl Jaspers, percorso fino al limite della percorribilità dai suoi eredi tedeschi (Schneider, Blankenburg, Janzarik, Mundt) e italiani (Borgna, Callieri, Calvi, Galimberti): è il sentiero (interrotto) che si snoda dalla clinica all'esistenza (*Existenz*), dalla nosografia al mondo vissuto (*Lebenswelt*)» (Di Petta, 1996, p. 69).

⁵ L'ascolto clinico, secondo una prospettiva fenomenologico-dinamica, viene focalizzato su «*come vive ciò che sta vivendo* la persona che abbiamo di fronte, incoraggiandola a volgere una sorta di occhio interno verso ciò che le sta accadendo: come si sente?, che cosa le è successo?, da quanto tempo le accade?, che relazione ha questo suo modo di sentirsi con ciò che le è accaduto in precedenza?, ha già vissuto simili esperienze?, in che modo e in che misura quello che sta vivendo ora richiama qualcosa che ha già vissuto nel suo passato?, e così via» (Stanghellini e Rossi Monti, 2009, p. 5).

cura” del paziente. È stata infatti proprio la prospettiva fenomenologica ad alimentare l’afflato umano del percorso di rinnovamento della psichiatria italiana promosso da Franco Basaglia (cfr. Colucci e Di Vittorio, 2001; Leoni, 2011; Babini, 2009). Tuttavia l’orientamento fenomenologico non è stato mai tradotto in un programma terapeutico o in un modello di trattamento. La diffidenza verso ipotesi causali che potessero far emergere il rischio di una deriva riduzionista ha mantenuto tra parentesi l’interrogativo clinico su come intervenire sulle cause del sintomo. Eppure l’approccio fenomenologico in psicopatologia ha sempre evidenziato i punti cardinali dell’esperienza dell’incontro con il paziente, fino a definirsi come una “psicopatologia intersoggettiva”⁶, conservando quindi, anche se ancora in forma incompiuta, la possibilità di trovare nella relazione il perno dell’applicazione terapeutica della fenomenologia.

Negli ultimi due decenni lo sforzo dei clinici appartenenti alla scuola italiana di psicopatologia fenomenologica⁷ è stato rivolto verso una chiarificazione pragmatica dei concetti chiave della fenomenologia, con l’obiettivo finale di tracciare le coordinate di base per un approccio fenomenologico in psicoterapia (cfr. Di Petta, 2009). In particolare l’impulso verso una svolta terapeutica della fenomenologia è stato sollecitato dall’apertura di un confronto sempre più maturo con la psicoanalisi⁸. Il rapporto tra fenomenologia e psicoanalisi è stato costruito da un lato sulla necessità della fenomenologia di trovare una declinazione tecnica dei concetti di base e dall’altro sulla necessità della psicoanalisi

⁶ «La trattazione di ogni tema o forma, sviluppo o decorso, nucleo o elemento, dimensione o categoria in una siffatta psicopatologia scaturisce tutta dall’intersoggettività dell’incontro: da ciò che un dato paziente ha raccontato, un giorno, del proprio mondo interno, a un dato medico, da come *quel* medico lo ha de-costruito e ri-figurato dentro di sé, da come, alla fine, lo ha de-scritto, in termini certamente meno codificati delle classificazioni internazionali (non si tratta qui di *items sintomatologici* ma di *tempo, spazio, mondo, corpo*), ma, non per questo, meno pregnanti di significazione e di universalità. E non perché nasce in modo così spiccatamente *idiografico* la psicopatologia clinica, in quanto scienza e *arte* fondata sull’incontro, rinuncia ad avere una sua legittima e rigorosamente fondata pretesa *nomotetica*. Non c’è nulla di più universalizzabile, in termini di risonanza e di vissuto umani, di *come* due uomini diversi accedono a mondi diversi di esperienza, utilizzando le *stesse* categorie psicoantropologiche» (Di Petta, 1996, p. 72).

⁷ Nel 1995 è stata fondata la *Società Italiana per la Psicopatologia* con lo scopo di promuovere una conoscenza approfondita della psicopatologia, tale da favorire nell’attività clinica quotidiana un clima terapeutico di ascolto partecipe ai vissuti della persona sofferente.

⁸ A proposito del dialogo tra psicoanalisi e psicopatologia fenomenologica si rimanda a Rossi Monti, 2005 e 2006-2007-2008 e Civita, 2006-2007-2008.

di superare la tecnica delle interpretazioni classiche attraverso l'adozione di un atteggiamento terapeutico che si avvale di manovre non interpretative. Per la fenomenologia si tratta allora di precisare la specificità di un atteggiamento relazionale che fonda l'azione terapeutica sulla comprensione del vissuto dell'altro, istituendo la dimensione della co-presenza come "contenitore trasformativo". Per la psicoanalisi si apre invece un ampliamento del capitolo dedicato all'interpretazione, che dovrà sempre più avvalersi di una supplezza relazionale, di un clima di fiducia in grado di annodare le spinte all'elaborazione con i presupposti della relazione empatica⁹. Questa duplice riconquista dei rispettivi territori epistemologici ha fatto decantare nel corso degli ultimi anni alcuni punti essenziali per un orientamento fenomenologico-dinamico in psicoterapia. Il punto di ancoraggio di questo nuovo intreccio tra fenomenologia e psicoanalisi è costituito dalla concettualizzazione dei dispositivi di vulnerabilità, luogo di intersezione delle rispettive tradizioni di ricerca.

III. I DISPOSITIVI DI VULNERABILITÀ

La concettualizzazione dei "dispositivi di vulnerabilità" si fonda sull'assunto che vede la malattia mentale come un evento che da un lato coinvolge e condiziona fortemente la vita del paziente e dall'altro rimane comunque un evento rispetto a cui lo stesso paziente può prendere posizione¹⁰. I dispositivi di vulnerabilità descrivono le strutture invariabili dell'esperienza che sovradeterminano il dipanarsi dei vissuti di ciascun soggetto. La persona può ad ogni modo comprendere l'articolazione di tali strutture e di conseguenza compiere una scelta in cui può assumere su di sé la responsabilità dei propri vissuti¹¹. Il percorso psicoterapeuti-

⁹ «L'empatia è sentire la presenza dell'altro, farlo risaltare dallo sfondo come figura, trarlo dall'insignificanza, anzi, dall'inesistenza e fargli posto aprendo una nicchia nella nostra indifferenza. [...] Il più grave peso e la più oscura opacità vengono dall'insignificanza. Il malato si sente compreso quando avverte che noi non lo releghiamo nell'insignificanza ed il fenomenologo esercita la comprensione col cogliere i significanti per la loro pura e semplice appartenenza alla sfera della significazione» (Calvi, 2000, p. 50).

¹⁰ «Con il concetto di "dispositivo di vulnerabilità" si indicano quelle caratteristiche che fanno di un essere umano al tempo stesso un essere fragile ed esposto alla malattia e una persona in rapporto dialettico con se stessa, aperta al mondo e alla vita» (Stanghellini e Rossi Monti, 2009, p. XVI).

¹¹ «Noi non ci scegliamo i nostri dispositivi antropologici. Li troviamo già pronti nella cultura alla quale apparteniamo. I dispositivi sono dunque gli *a priori* tipici

co non è altro che questo movimento verso la responsabilizzazione del soggetto nei confronti dei dispositivi antropologici che hanno tracciato il profilo dei suoi sintomi. Il lavoro terapeutico fondato sull'approccio fenomenologico si rivolge allora non direttamente al sintomo, ma a ciò che si suppone ne regoli la manifestazione. Il sintomo è dunque una sentinella della vulnerabilità costitutiva di ogni essere umano, di una vulnerabilità che può tradursi in un evento clinicamente rilevante¹².

Nella proposta fenomenologico-dinamica di Stanghellini e Rossi Monti i dispositivi di vulnerabilità sono quattro: conflitto, trauma, umore e coscienza. Per ciascuno di questi costrutti possiamo individuare una definizione concettuale, una traduzione empirica nel vivo del colloquio con il paziente e un'indicazione per la conduzione della cura.

Conflitto

Definizione teorica: Le radici del concetto di conflitto risalgono alle fasi iniziali dell'elaborazione della teoria psicoanalitica. Tale concetto è stato via via trasformato in seguito alle evoluzioni della stessa psicoanalisi. Il conflitto in quanto dispositivo antropologico evidenzia tre antinomie fondamentali che dividono il soggetto.

In primo luogo il conflitto segnala il farsi strada nella vita della persona di una disarmonia tra la volontà cosciente e qualcosa che segnala invece una "volontà involontaria". La prima declinazione del conflitto si realizza quindi nell'opposizione tra ciò che il soggetto ritiene volontario e ciò che, sebbene gli appartenga, ritiene involontario. Il conflitto mette in discussione la coincidenza della volontà del soggetto con la volontà cosciente. Da qui deriva la seconda antinomia messa in luce dal dispositivo del conflitto: l'identità del soggetto non è riassumibile nella coscienza, rimane un resto involontario che segnala che la partita dell'esistenza non si gioca tutta nell'auto-coscienza. La terza implicazione prodotta dall'esperienza del conflitto riguarda il rapporto tra il versante pulsionale e la dimensione ideale. Il conflitto realizza infatti l'antinomia

dell'esistenza umana in una data cultura. Dire che i dispositivi non sono disposti dall'uomo non significa, però, che essi azzerino la libertà umana. Piuttosto ne tracciano i confini, la delimitano, rappresentando altrettanti vincoli; pongono dei problemi che vanno affrontati e non possono essere elusi. Essi orientano la vita umana per come essa si dà innanzitutto e per lo più in un dato contesto storico-culturale» (Stanghellini, "Il concetto di dispositivo di vulnerabilità", in Stanghellini e Rossi Monti, 2009, p. 202).

¹² «Un dispositivo patogeno non è altro che un dispositivo antropologico del quale si esaltano le intrinseche caratteristiche di vulnerabilità. Un dispositivo del quale non posso più disporre – ma che dispone univocamente le cose per me» (*ivi*, p. 204).

fondamentale che attraversa la psicoanalisi: la pulsione non si lascia del tutto assorbire e sublimare nell'ideale, c'è un resto pulsionale che travalica la capacità d'inibire e sublimare, rappresentando ciò che nella vita sfugge al governo di sé. La coscienza è così abitata da un'alterità radicale che rende il soggetto straniero a se stesso.

Traduzione clinica: In ambito clinico il sintomo nevrotico può configurarsi come una delle modalità elettive attraverso cui si realizza il conflitto. Il sintomo si fa veicolo di una sofferenza che esprime una frattura interna al soggetto. Il sintomo incrina infatti le identificazioni e mette in discussione l'adattamento alla realtà esterna che veniva sostenuto dall'orientamento identificatorio. Quando le identificazioni vacillano cadono anche i punti di riferimento attraverso cui reperire una bussola per il proprio progetto esistenziale. Il sintomo non è allora soltanto un disturbo, ma svolge anche una funzione, alimenta un conflitto che apre una crepa nell'identità personale e scioglie quel sigillo identitario che aveva cristallizzato il legame tra ideale e pulsione.

Condizione della cura: Comprendere la funzione conflittuale svolta dal sintomo diventa cruciale per l'impostazione del percorso terapeutico. Ricondurre il disturbo mentale alla sua dimensione conflittuale può infatti permettere di problematizzare e interrogare l'esperienza del sintomo come occasione preziosa per accogliere quella parte di sé che sembrava esser stata esiliata dalla coscienza. Il sintomo come espressione del conflitto diventa allora un richiamo da ascoltare e far parlare. In una cura bisogna dunque individuare innanzitutto la matrice antropologica del conflitto di cui il sintomo si fa testimone. Se il paziente si rivolgerà al sintomo come a un messaggio da decodificare, allora potrà incamminarsi nel percorso di elaborazione di una nuova posizione soggettiva¹³.

Trauma

Definizione concettuale: Il dispositivo di vulnerabilità del trauma evidenzia l'impatto e il ruolo che gli avvenimenti della vita possono svolgere nello sviluppo dell'identità e nell'origine dei fenomeni psicopatologici. Il trauma rappresenta l'alterazione e la disarmonia sempre possi-

¹³ «La non coincidenza tra persona e vulnerabilità è la stessa condizione di possibilità della cura, che è fondata sulla possibilità di assumere una postura riflessiva rispetto al proprio disturbo, mutare di prospettiva rispetto a esso, appropriarsene o distanziarsene, trovare a esso un posto all'interno della propria storia di vita. La cura si sostanzia nella possibilità, e nella necessità, di prendere attivamente una posizione di fronte ai valori che sono espressi nella vulnerabilità e nella malattia» (Stanghellini, "Conflitto", in Stanghellini e Rossi Monti, 2009, p. 233).

bile tra il soggetto e il suo mondo (affettivo, relazionale, fisico, ecc.). L'esposizione del soggetto all'incontro con il mondo può risultare traumatica almeno per due aspetti fondamentali: il soggetto è in posizione di oggetto e il soggetto incontra nel mondo qualcosa che lo trascina al di là di un orizzonte di senso. Quando il soggetto vive l'esperienza del trauma sente di non avere via di scampo: un evento diventa traumatico perché viene azzerata la possibilità per il soggetto di prendere una posizione rispetto all'evento stesso. In questa cornice il trauma non è caratterizzato da contenuti (positivi o negativi), ma dalla forma dell'esperienza: il soggetto non ha alcun margine di libertà per sottrarsi all'irruzione dell'evento. Il trauma inoltre presentifica nel mondo un elemento che buca il velo delle rappresentazioni. Per il soggetto il trauma è caratterizzato dall'eclissi del senso e dalla comparsa di una zona cieca dove il linguaggio rimane senza parole.

Traduzione clinica: La declinazione psicopatologica dell'esperienza del trauma si traduce in un ciclo comportamentale che amplifica e complica gli effetti del trauma. Da un lato il paziente tende inesorabilmente a ripetere l'esperienza traumatica, dall'altro risponde all'esposizione all'evento traumatico ricercando delle esperienze dissociative nel tentativo di anestetizzare la dirompenza del trauma. L'alternanza tra esposizione all'area traumatica, ripetizione del trauma e conseguente dissociazione costituisce un *pattern* comportamentale caratteristico delle gravi forme psicopatologiche (cfr. Correale, 2006). Se sul versante nevrotico il conflitto rappresenta quell'elemento che infastidisce e problematizza l'egemonia dell'io, a livello borderline o psicotico il trauma mostra l'impossibilità del soggetto nel costituirsi come soggetto di esperienza. Questa differenziazione clinica ha delle conseguenze sulle difficoltà terapeutiche e sulle prospettive di efficacia del trattamento del trauma.

Conduzione della cura: La cura deve puntare innanzitutto a ripristinare la possibilità di rendere parlabile l'esperienza del trauma, inserendola in tal modo in una narrazione dove poter generare un'articolazione tra passato, presente e futuro¹⁴. Il vissuto traumatico deve poter trovare una collocazione storico-simbolica e una traduzione in parole affinché il soggetto possa emanciparsi dalla posizione di oggetto a cui il trauma lo aveva consegnato. La narrazione può iniziare a differenziare e ad articolare la concatenazione degli episodi che hanno costituito l'evento traumatico. L'elaborazione di una posizione riflessiva non garantisce

¹⁴ «È a condizione di questo spostamento di *focus* dal passato come causa al presente come *analogon* della memoria che la conoscenza del presente può ridefinire il senso dell'esperienza passata» (Stanghellini, "Trauma", in Stanghellini e Rossi Monti, 2009, p. 262).

però che il soggetto si allontani dalla ricerca e dall'esposizione all'evento traumatico. La ripetizione del trauma da parte del paziente rappresenta un'altra sfaccettatura del farsi oggetto e un ulteriore fattore di rischio su cui concentrare gli interventi terapeutici, nell'ottica di prevenire il viraggio verso quelle esperienze dissociative che susseguono l'esposizione al trauma. Nei casi più gravi è allora necessario che sia il terapeuta a introdurre un limite e un argine per la tendenza a ripetere il trauma: sebbene possa trattarsi di un intervento di stampo comportamentale, esso può consentire un lavoro successivo in grado di riattivare la funzione riflessiva della mente.

Umore

Definizione concettuale: Il dispositivo antropologico dell'umore comprende la parte emotiva della nostra esistenza ed entra in risonanza e in dialettica con la dimensione affettiva. L'umore indica uno stato emotivo privo di un oggetto intenzionale, mentre l'affetto esprime il legame che si istituisce tra le emozioni e un oggetto intenzionale. Per oggetto intenzionale intendiamo innanzitutto un altro soggetto. L'umore è allora quella condizione emotiva di base che attende di connettersi con un proprio oggetto intenzionale, in modo che tale oggetto possa svolgere la funzione di oggetto-causa e di oggetto-mira. L'altro si configura allora come fonte esterna che sollecita il mio movimento emotivo (causa) e al contempo come destinatario e interlocutore finale del mio rivolgermi all'esterno (mira). Non tutti gli stati emotivi sono destinati a seguire la trasformazione e il passaggio da umori ad affetti. C'è una condizione dell'umore che è senza interlocutore e che costituisce la base temperamentale e caratteriale del soggetto.

Traduzione clinica: Da un punto di vista psicopatologico la clinica dei disturbi dell'umore riguarda i disturbi d'ansia e i disturbi maniaco-depressivi. Per la comprensione fenomenologico-dinamica della questione soggettiva che soggiace a tali problematiche occorre tener presente l'oggetto e il senso dell'investimento intenzionale. La coreografia che vede alternarsi emozioni come ansia, paura e angoscia può essere compresa riportando le variazioni del tono dell'umore alla cornice relazionale che fa da sfondo al progetto esistenziale del soggetto. Risulta quindi cruciale poter individuare se è presente o no un oggetto intenzionale che calamita i movimenti emotivi del soggetto, o se invece tali movimenti sono sganciati da un riferimento e da un ancoraggio relazionale.

Conduzione della cura: La conduzione della cura non può prescindere dalla diagnosi differenziale tra emozioni legate all'altro ed emozioni sganciate dall'altro. In questo secondo caso il percorso terapeutico deve

preoccuparsi di ridefinire i presupposti per un nuovo annodamento tra dimensione emotiva e relazione intersoggettiva. Il compito della terapia consiste allora nel favorire un'articolazione possibile tra soggetto e altro, tra ciò che il soggetto prova e sente addosso e ciò che proviene come sollecitazione dall'altro. Una volta avvenuto questo primo collegamento, occorre stimolare il lavoro di elaborazione del soggetto riguardo alla effettiva posizione che occupa nei confronti del proprio oggetto intenzionale, affinché possa scoprire la propria posizione interrogando la propria base umorale e la presenza affettiva dell'altro¹⁵.

Coscienza

Definizione concettuale: Il termine “coscienza” può essere innanzitutto riferito allo stato di vigilanza, ossia alla capacità di essere lucidi e in grado di gestire le proprie facoltà percettive, cognitive, mnesiche ecc. Un'altra accezione riguarda la coscienza morale e quindi la struttura di valori della persona. Nella prospettiva fenomenologica la caratteristica fondamentale della coscienza è l'intenzionalità, cioè la propensione della coscienza a costituirsi nel movimento stesso che la apre verso il mondo. Essere aperti verso il mondo definisce quindi il percorso biunivoco di una coscienza che si dirige verso il mondo e che rimane recettiva verso ciò che la impressiona dal mondo.

La coscienza fenomenica designa tre caratteristiche dell'esperienza soggettiva in cui il mondo si presenta così come ci appare: la trasparenza indica il fatto che i contenuti della coscienza ci sono dati senza la mediazione di stati mentali, non vediamo cioè i nostri stati mentali, ma vediamo il mondo in maniera diretta e immediata; la coscienza fenomenica si distingue inoltre per essere prospettica: dipende cioè dal punto di vista da cui facciamo esperienza; e infine, la coscienza fenomenica è presente, non ci sono cioè intervalli temporali tra il momento in cui percepiamo il mondo e il momento in cui il mondo esiste.

La coscienza di sé o autocoscienza consiste nell'essere consapevoli di sé nel momento in cui si è consapevoli del mondo: si realizza un'integrazione tra percezione e coscienza. C'è un livello minimo di coscienza di sé che viene indicata con il termine “ipseità” riferendosi a una modalità di coscienza di sé che non è mediata da alcuna riflessione introspettiva. Si tratta di una coscienza pre-riflessiva che si traduce nella

¹⁵ «Le mie emozioni mi rivelano il modo in cui le cose sono *per me*. E unitamente a ciò esse mi rivelano il mio intimo rapporto con le cose. Per questo le emozioni sono strettamente legate alla comprensione, e all'auto-comprensione» (Stanghellini, “L'umore e i suoi disturbi”, in Stanghellini e Rossi Monti, 2009, p. 290).

possibilità di sentirsi dei soggetti incarnati: di sentirsi appartenere a se stessi e di sentirsi titolari della propria esperienza senza la mediazione di alcuna attività riflessiva. La coscienza di sé narrativa riguarda invece il livello riflessivo della coscienza, che concorre a costruire il senso storico e simbolico della propria identità. L'attività della coscienza riflessiva restituisce una trama storica alle esperienze soggettive e le contestualizza in un orizzonte temporale dove il presente si aggancia al passato per proiettarsi verso il futuro.

Traduzione clinica: I disturbi della coscienza possono essere differenziati secondo tre livelli. Il primo livello riguarda le alterazioni della vigilanza, che possono essere a loro volta distinte da un lato in alterazioni quantitative e qualitative e dall'altro in quadri a eziologia organica o di gravissime patologie psicotiche.

Il secondo livello di alterazioni della coscienza si riferisce al sentimento di sé, che viene sconvolto nei quadri clinici delle persone schizofreniche. Ciò che viene messo in questione è il fondamento del proprio essere soggetti d'esperienza. Nel caso della condizione maniaco-depressiva viene invece alterato il livello riflessivo della coscienza, che ritrova una frattura tra ciò che del sé rimane stabile e uguale a se stesso e ciò che invece si proietta sempre al di là del proprio sé. Sul versante melanconico-depressivo prevale la presenza mortificante di una ripetizione dell'identico, mentre sul lato maniaco il soggetto è fuori da un'orbita narrativa e rimane sganciato sotto il segno della discontinuità. Lo sfilacciamento della trama narrativa è inoltre una questione psicopatologica che accomuna i gravi disturbi di personalità, ma anche i soggetti nevrotici.

Conduzione della cura: La conduzione della cura deve tenere in considerazione i differenti livelli di compromissione del dispositivo antropologico della coscienza. La coscienza riflessiva è il livello più sofisticato e presuppone uno stato di vigilanza adeguato e un ancoraggio nel sentimento di sé. Solo a partire da questi presupposti è possibile iniziare un percorso psicoterapeutico, dove il cambiamento e gli effetti della cura possono realizzarsi come una nuova riformulazione della propria identità narrativa¹⁶. Quando la cura non si muove su questo livello, deve allora preoccuparsi di ricostituire le basi affinché ciascun paziente possa riprendere una modalità riflessiva nella propria vita o, in

¹⁶ «La presa di coscienza di questo *quid novi* che ho visto scaturire da me nell'azione, annodarne i fili nella trama della mia identità narrativa, riconoscermi in esso, è ancora una volta un compito di quella vulnerabile regia dell'esserci che chiamiamo coscienza» (Stanghellini, "Disturbi della coscienza", in Stanghellini e Rossi Monti, 2009, p. 316).

casi molto gravi, trovare una supplenza a quell'assenza di fondamento che incombe sul destino delle persone schizofreniche.

IV. LA SPECIFICITÀ DEL NON SPECIFICO

Il percorso argomentativo fin qui presentato consente di isolare due vettori concettuali che svolgono un ruolo chiave nel definire i fattori di cambiamento psicoterapeutico secondo la prospettiva fenomenologico-dinamica.

Possiamo innanzitutto sottolineare che la dimensione dell'incontro tra paziente e terapeuta trova una sua maggiore specificazione pragmatica grazie al compito conoscitivo previsto e predisposto dai dispositivi di vulnerabilità. La dimensione trascendentale viene indagata seguendo le tracce della vulnerabilità e trova un ancoraggio empirico nella relazione. La ricerca delle coordinate *a priori* della propria esperienza sarebbe infatti un mero esercizio speculativo se non fosse contestualizzata nell'ambito di un incontro tra paziente e terapeuta. La pista di esplorazione percorsa, scandagliando le diverse sfaccettature dell'esperienza, trova la sua bussola e la sua direzione di marcia attraverso un nuovo orizzonte di senso in grado di rilanciare il ciclo della temporalità. Se relazione ed elaborazione sono i due fattori trasformativi che producono il cambiamento terapeutico, tempo e pulsione sono i due contenuti "esistenziali"¹⁷ trasformati. Lo slancio temporale tra passato, presente e futuro (dove il presente si riaggancia al passato per proiettarsi verso il futuro) consente di dare corpo a nuovi progetti e a nuovi modi di essere-nel-mondo. Il circuito del tempo vissuto (dove il vivente tramonta nel chiaroscuro del vissuto, e dove l'aurora del vivente sorpassa e rimescola le carte appena fissate nel vissuto) deve essere inteso come un ciclo nell'ambito del quale pulsione e ideale, inconscio e coscienza riprendono un negoziato dove la posta in gioco è la possibilità del vivente di aprirsi e rinnovarsi nello slancio in avanti, senza per questo cancellare le orme lasciate dietro di sé da ciò che è già stato vissuto. Allo stesso modo il vissuto non ostacola e non inchioda il vivente nella coazione a ripetere della stessa storia, dello stesso *pattern* sintomatico. Se si abbraccia una prospettiva fenomenologico-dinamica in psicoterapia, relazione ed elaborazione devono entrare in tensione reciproca affinché nell'alternarsi del vivente e del vissuto il dipanarsi della temporalità possa consentire al soggetto di disegnare un nuovo profilo per i

¹⁷ La definizione della coppia concettuale "esistentivo"- "esistenziale" si trova in Heidegger (1927).

destini della pulsione, per ciò che fa del *Koerper* (corpo organismo) un *Leib* (corpo vissuto).

Riprendendo il filo delle argomentazioni, possiamo individuare nella relazione un fattore trasformativo solo a patto che essa diventi la cornice di un lavoro di elaborazione. L'elaborazione esce a sua volta dai binari dell'esercizio speculativo per diventare occasione di trasformazione in quanto la nuova padronanza di conoscenza non è un mero accumulo di sapere, ma un senso costruito e appreso attraverso un legame intersoggettivo, un legame che intende allora riconsegnare un volto umano alla malattia mentale, restituendo alla coscienza quella vulnerabile funzione di "regia dell'esserci".

Resta ancora una precisazione epistemologica finale. Bisogna infatti sottolineare che la specificità dell'approccio fenomenologico in psicoterapia risiede in due fattori specifici quali la relazione e l'elaborazione (cfr. Karasu, 1986). Non occorre la crisi aperta dal conflitto interiore, dall'irruzione del trauma o dai parossismi oscillatori dell'umore per mettere in moto il lavoro della coscienza riflessiva nell'ambito di una relazione. Si tratta infatti della dimensione più universale che accomuna e lega gli esseri umani, prima ancora che nascesse la professione psicoterapeutica. Qual è allora la differenza? Sarà forse il linguaggio forbito degli psicopatologi? Sarà forse la forza delle parole tratte dal tedesco a dare vigore trasformativo all'incontro fenomenologico? Ovviamente no, perché l'incontro può realizzarsi anche attraverso le parole e le frasi semplici pronunciate da un bambino. A differenza di un bambino, lo psicoterapeuta, sebbene possa utilizzare le stesse formulazioni, deve però essere consapevole delle regole della grammatica, e nel caso specifico dell'incontro psicoterapeutico deve conoscere la grammatica della relazione e dell'elaborazione. Sarà allora compito della ricerca fenomenologica futura chiarire sempre più (e documentare con dati empirici) i modi in cui la grammatica e la sua applicazione tecnica si traducono nel vivo dell'incontro.

BIBLIOGRAFIA

Babini V.P.: *Liberi tutti*. Il Mulino, Bologna, 2009

Calvi L.: *Fenomenologia è psicoterapia*. COMPRENDRE, 10: 49-61, 2000

Civita A.: *Psicopatologia. Un'introduzione storica*. Carocci, Roma, 1999

... : *Fenomenologia e psicoanalisi*. COMPRENDRE, 16-17-18: 104-118, 2006-2007-2008

Colucci M., Di Vittorio P.: *Franco Basaglia*. B. Mondadori, Milano, 2001

- Correale A.: *Area traumatica e campo istituzionale*, Pref. di M. Rossi Monti. Borla, Roma, 2006
- Di Petta G.: *La descrizione dell'incontro in psicopatologia clinica. Intuire, comprendere, interpretare: tre modi possibili di essere-con-l'altro*, in A. Balle-
rini, B. Callieri (a cura di): *Breviario di psicopatologia. La dimensione u-
mana della sofferenza mentale*. Feltrinelli, Milano, 1996
- ... (a cura di): *Fenomenologia: Psicopatologia e Psicoterapia*, Pref. di B. Cal-
lieri. Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2009
- Heidegger M.: *Essere e tempo* (1927), ed. it. a cura di F. Volpi sulla versione di P.
Chiodi. Longanesi, Milano, 2005 (1ª ed. it. 1970)
- Jaspers K.: *Psicopatologia generale* (1913-1959), ed. it. a cura di R. Priori. Il Pen-
siero Scientifico, Roma, 1964
- Karasu T.B.: *Il dilemma tra specificità e non specificità: verso l'identificazione
dei fattori di cambiamento terapeutico* (1986), in F. Del Corno, M. Lang:
Psicologia clinica. Fondamenti storici e metodologici, pp. 113-132. F. An-
geli, Milano, 1989
- Leoni F.: *Introduzione*, in E. Minkowski: *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psi-
copatologia* (1933), Pref. di E. Paci. Einaudi, Torino, 2004
- ... (a cura di): *Franco Basaglia. Un laboratorio italiano*. B. Mondadori, Mila-
no, 2011
- Minkowski E.: *Trattato di psicopatologia* (1966), trad. it. di L. Schwarz. Feltrinelli,
Milano, 1973
- Rossi Monti M.: *New interpretative styles: Progress or contamination? Psychoa-
nalysis and phenomenological psychopathology*. INTERNATIONAL JOURNAL
OF PSYCHOANALYSIS, 85: 1011-1032, 2005
- ... : *Psicoanalisi e psicopatologia. Controtransfert e sentimento precoce di
schizofrenia*. COMPRENDRE, 16-17-18: 325-345, 2006-2007-2008.
- Stanghellini G., Rossi Monti M.: *Psicologia del patologico. Una prospettiva fe-
nomenologico-dinamica*. Cortina, Milano, 2009

Dott. Nicolò Terminio
Via Barbaroux, 9
I-10122 Torino
nicoloterminio@gmail.com