

“Mi alzavo presto, pulivo i malati allettati ed incontinenti, rifacevo i letti. Durante il giorno c’era poco da fare; avevo tempo libero per giri in bicicletta da una bellissima località all’altra: Stratford-upon-Avon, Warwick, la foresta di Sherwood. Ma non è stata un’esperienza soltanto turistica, è stata soprattutto un’esperienza corporale. Toccavo i malati, avvicinavo la loro intimità e la loro miseria. Ho imparato quanto sia importante il lavoro dell’infermiere.”(Lorenzo Calvi)

%% %% %

ALCUNE PRECISAZIONI SULLA PSICOTERAPIA FENOMENOLOGICA

Casoria, 24-25 maggio 2003

Lorenzo Calvi



E’ la relazione che Calvi tenne a Casoria (Na) nel convegno *“La psicoterapia e le psicoterapie. Dialogo tra i rappresentanti delle diverse correnti”*. In esso afferma che la corrente *“fenomenologica esistenziale”* più che essere una corrente tra le altre deve porsi come meta cui tutte: il livello della soggettività ed intersoggettività, in cui il terapeuta cerca di mettersi dall’angolazione del paziente (empatia) e per farlo diventare soggetto con cui entrare in relazione (congruenza). Questa impresa richiede molta *“prudenza”* da parte dello psicoterapeuta che deve usare i pregiudizi della sua scuola solo per incontrare il paziente e farsi incontrare da lui.

%% %% %

I

Affinché un medico o uno psicologo possano dire di appartenere a questo movimento è necessario che i loro fondamenti biologici e cognitivistici cedano alla preponderanza di quelli filosofici. Questa preponderanza non deve essere intesa come occupazione della maggior parte del proprio tempo allo studio dei testi filosofici e come partecipazione al dibattito filosofico. Vuol dire bensì avere famigliari alcune nozioni di cui avremo modo di parlare, come epochè, empatia, costituzione trascendentale, mondo della vita, noti e sviluppatasi nell’ambito filosofico, ma idonei ad essere accettati, praticati e sviluppati anche da chi non è filosofo né professionista né dilettante, ma però inclina spontaneamente verso le qualità filosofiche fondamentali: la pazienza, l’attenzione, la capacità di stupirsi, la curiosità. Questo dovrebbe bastare per capire che l’espressione *“movimento”* è molto ampia e molto vaga, perché la frequentazione della filosofia è idonea assai più a differenziare che ad omogeneizzare, motivo per cui è fatta per attrarre soprattutto

quei medici e quegli psicologi che non si sentono di aderire esclusivamente alle teoresi biologiche e cognitivistiche, praticamente egemoni nel presiedere alla loro preparazione universitaria, e che non vogliono né superarle né integrarle aderendo ad un'altra teoresi quale quella psicoanalitica. Essi infatti la percepiscono, a torto o a ragione, come ancorata eccessivamente alla sfera naturalistica. Per introdurre la storia del movimento di cui mi occupo possa bastare per ora questo brevissimo accenno, oltre che il richiamo ad una figura nota come quella di Binswanger ed al suo rendersi autonomo dall'insegnamento di Freud. Il nuovo percorso intrapreso da Binswanger si affianca a quello già aperto da Jaspers e tracciato da Husserl.

Come Jaspers abbia preso le sue distanze da Freud e come Binswanger abbia lasciato la scuola del medesimo è stato detto più volte. Le loro critiche alla psicoanalisi hanno perso molta *vis* polemica col passare degli anni, perché la psicoanalisi è molto cambiata. Ma io non entrerò in questioni sottili e neppure starò a ripetere le buone ragioni della fenomenologia. Mi basterà dire che il suo richiamo è reso efficace su parecchie menti non soltanto dal fascino esercitato dalla filosofia, ma anche dallo splendore letterario delle opere di alcuni maestri. Quando si è letta qualche pagina di Minkowski o di Binswanger o di Tellenbach, difficilmente si può sfuggire ad un sentimento di stupore ammirato o anche semplicemente di curiosità. Senza dire che, al di fuori del campo psichiatrico, la fenomenologia acquista sempre più spazio. Chi, come me, ne segue le fortune dalla fine degli anni Cinquanta, stupisce ogni giorno nel constatare che il rimando ad Husserl, più spesso implicito che esplicito, sia sempre più esteso ed incisivo. Ed è sempre bello sentirsi partecipi d'un dialogo a più voci, d'una concertazione del sapere.

Il programma di Husserl è quello di costituire una filosofia "teoreticamente ateoretica" istituendo un modo di pensare, che cominci con l'escludere da sé ogni datità precostituita e cioè ogni pregiudizio. Bisogna dire subito che questo atteggiamento opera a partire dalla nozione stessa di pregiudizio alla quale si attribuisce, nel parlare quotidiano, una valenza sostanzialmente etica. Bisogna entrare invece in un ordine di idee nel quale questa attribuzione è essa stessa un pregiudizio. Quando si dice che un'idea è pregiudiziale, le si vuol dare una connotazione eticamente negativa. Qui invece si vuol dire che bisogna mettersi in condizioni di *farsi un'idea* d'un fenomeno come se esso comparisse per la prima volta, mettendo in disparte quel tanto che di esso, nel bene e nel male, crediamo di conoscere. L'operazione, consistente nell'andare a monte del pregiudizio, è dunque un'operazione che si svolge a livello epistemico, senza peraltro che questo manchi di avere una ricaduta etica, perché si tratta di muoversi in direzione della verità. Parola grossa, da non pronunciarsi se non con prudenza ed ironia.

Rimane aperta la possibilità, una volta operata la sospensione del pregiudizio, di riannodare le fila eventualmente rintracciabili tra ciò che siamo venuti a conoscere ed il pregiudizio di cui eravamo già in possesso, col risultato che il pregiudizio venga ad essere rivalutato. Tutto questo rimanda al volta per volta, al singolo caso e quindi richiama potentemente l'opportunità di venire senza indugio allo studio d'un caso pratico. Per il filosofo, qualunque cosa è un possibile caso pratico. Per noi, che siamo medici e psicologi, il caso pratico è un caso clinico.

Il mio caso clinico è un giovane, che si chiama Alberto e che è tormentato dalla paura di buttarsi dalla finestra. Dopo qualche tempo che soffre di questa paura, non riesce più a tacerla e ne parla con i genitori. Costoro si allarmano molto e chiamano il medico di famiglia. Questi parla subito di rischio suicidario e manda Alberto dallo psichiatra. Lo psichiatra parla di depressione grave, conferma il rischio del suicidio, prescrive antidepressivi ed ordina ai genitori stretta sorveglianza sinché la cura si sia conclusa con il superamento dell'episodio depressivo. Poiché la situazione si trascina a lungo invariata, un amico di famiglia consiglia di consultare un altro psichiatra ed è così che Alberto viene da me.

Dopo numerosi colloqui, Alberto pronuncia questa frase: «Quando m'affaccio alla finestra mi sento già schiacciato al suolo». È una frase decisiva, perché mi rivela che Alberto è disturbato sul piano della corporalità. Se fosse stato disturbato sul piano della temporalità, come porterebbe a pensare la diagnosi di depressione, Alberto mi avrebbe detto o comunque mi avrebbe fatto intuire qualcosa di molto diverso. Sarei arrivato a cogliere un arresto del flusso temporale, quello appunto che avrebbe potuto, in ipotesi, essere bruscamente accelerato dal raptus suicida; oppure un rallentamento così progressivamente angosciante dello stesso flusso temporale da condurlo al parossismo mortale come all'unica uscita di scampo. A questo punto pongo a pregiudizio che la paura di Alberto possa ascrivarsi alla depressione. Approfondisco l'indagine e mi confermo che Alberto non ha un significativo abbassamento del tono dell'umore. Non riscontro in lui mancanza di fiducia nel futuro, inaridimento della progettualità, rinuncia alla speranza, nulla che possa far pensare ad un disturbo della temporalità. L'esistenza di Alberto sembra essersi sempre dispiegata entro un rapporto passabilmente coerente tra passato, presente e futuro e quindi m'aspetto di conoscere altro.

Mi si affaccia anche l'ipotesi che Alberto soffra di attrazione-paura fobiche del vuoto, ma la mia indagine mi porta ad escludere che Alberto soffra di vertigini, tema gli ascensori e l'aereo, non affronti scalate alpine su cigli spericolati. Quindi anche la sfera della spazialità è esente dal suo malessere esistenziale.

Operando tutte queste esclusioni, ho messo in parentesi la paura dei genitori e la diagnosi dello psichiatra, che era, inutile dirlo,

bravissimo, ma orientato esclusivamente sul piano biologico. Avendo seguito Alberto per anni mi sono trovato a disporre d'una lunghissima catamnesi e questo mi ha permesso di porre in parentesi anche la mia stessa diagnosi, che era stata di fobia e che pure avevo coltivato a lungo, perché il mio primo incontro con Alberto è avvenuto quando il tema delle fobie era il mio interesse prevalente. Il che dimostra una volta di più il noto effetto pregiudizievole che può avere una polarizzazione culturale.

Se ora, finalmente, presto attenzione ai vissuti di Alberto, che fanno riferimento alla corporalità, essi sono significativi e mi accorgo anche che sono numerosi. Si tratta di preoccupazioni per la propria salute, considerata non tanto come benessere o capacità di lavoro, ma piuttosto come integrità corporale, che sofferenze anche modeste riuscirebbero ad intaccare. Si tratta di preoccupazioni di ordine estetico, per le quali il futuro viene vissuto come decadenza corporale. Sul tema della morte Alberto mi confida delle paure, che indicano chiaramente la sua morte come decomposizione corporale. Ha paura d'essere seppellito vivo, accogliendo irragionevolmente, malgrado la sua viva intelligenza e la sua lucidissima critica, il ricordo di certi racconti uditi nell'infanzia. Ha paura d'essere divorato dai vermi, di marcire nella terra. Sono paure che ricorrono frequentemente anche nei suoi sogni.

Ma che cosa significa in definitiva collocare Alberto nella sfera della corporalità piuttosto che in quella della temporalità o della spazialità? Significa applicare uno degli assunti fondamentali della fenomenologia di Husserl e precisamente la possibilità di descrivere l'esistenza immaginandola inscritta in tre categorie fondamentali: temporalità, spazialità, corporalità. Al di là d'una serie sterminata di sovrastrutture, che ingombrano la nostra esistenza e ne contrassegnano la cosiddetta *mondanità*, è possibile individuare le tre strutture sopradette, che si contrassegnano come tali in quanto ulteriormente irriducibili. Esse sostengono e delimitano, come assi cartesiani, il *mondo della vita*, quello che Husserl chiama appunto *Lebenswelt*. Dentro questo mondo si respira quell'aria, che tutti noi conosciamo o crediamo di conoscere quando decidiamo di "liberarci dalle sovrastrutture" ed abbiamo, sia pure per breve tempo, l'impressione di esserci riusciti.

Colui che riuscisse veramente a praticare questo gesto di liberazione avrebbe compiuto il primo ed il più importante gesto del fenomenologo. A titolo di esempio, possiamo ripercorrere brevemente la storia di Alberto fino al punto dove siamo arrivati.

Il gesto di liberazione coincide con quello che ho definito più su "pigliare a pregiudizio". Hanno fatto questa fine la diagnosi medica di malattia psichiatrica e la diagnosi psichiatrica di depressione e di fobia, con tutto quel che ne consegue in fatto di apprensione, precauzione, terapia. Non ha fatto questa fine la condizione esistenziale di Alberto di fragilità e di corruttibilità corporali. È

dentro queste categorie che si raccoglie il mondo della vita di Alberto. A qualunque sovrastruttura egli si raccomandi, questa mostra facilmente la sua scarsa e comunque insufficiente consistenza: insufficiente rispetto a qualsiasi esigenza di distanziamento dal suo nucleo fondamentale di corporalità compromessa.

Questo nucleo decide perentoriamente la sfera esistenziale di Alberto e decide altrettanto perentoriamente la sfera dentro cui si deve orientare la sua cura. Qualunque tentativo di spostare i binari della cura nell'ambito della spazialità e/o della temporalità finisce presto o tardi per risultare un diversivo inefficace.

In quel che si può chiamare la mondanità, e cioè al di fuori del mondo della vita, Alberto opera bensì ogni giorno in un ambito tridimensionale, disegnato dalle coordinate tempo-spazio-corpo e conduce un'esistenza passabilmente normale. Ma in essa non pulsa quell'intenzionalità estrema, esorbitante in forma auto ed etero aggressiva, intensa fino alla ferocia, che inabita il suo mondo della vita, schiacciato com'è nella dimensione unica della corporalità.

Per quello che vale questa constatazione, ad essa si arriva con un procedimento prudente e cauto, accelerato magari da una frase come quella riportata all'inizio di questa relazione. Questo procedimento è fatto assai poco di domande e di risposte e molto di ascolto paziente e di attenzione vivace. Ogni punto toccato da Alberto, che mi sembri significativo, lo contrappunto con una parafrasi e sono pronto a variarla subito a seconda ch'egli l'accetti o la respinga. Si viene tessendo così un dialogo orientato non tanto a svilupparsi nella diacronia quanto ad arricchirsi nella sincronia.

Alberto viene a trovarsi un interlocutore, che non si sofferma più di tanto né sull'ovvietà lamentevole del suo passato né sulla progettualità velleitaria del suo futuro. Col mio sforzo di concentrarmi sul qui ed ora di Alberto e con l'offrirgli prontamente una parafrasi ad ogni sua esternazione, Alberto si sente rassicurato di essersi spiegato bene e pertanto si sente invogliato ad entrare in quel clima d'empatia, che permea tutta la cura. Ora Alberto sa di non essere solo ad abitare il mondo della vita. Se qualche volta gli è venuto il dubbio di essere solo a provare quello che prova, ora sa che qualcuno gli sta vicino e l'avverte che la sua esperienza non è unica ma appartiene alla possibile esperienza di tutti, soltanto che la si esprima. Se Alberto teme che quello che prova sia indicibile, ora sa che qualcuno riesce a trovare le parole adatte per dirlo e che glielo regala affinché si senta incluso nella comunità dei parlanti anche su quel punto dove avrebbe potuto supporre d'esserne escluso. Non importa se la comunità dei parlanti risulti costituita solamente da due persone, Alberto ed io, purché la nostra comunità venga ad essere un nucleo d'intersoggettività vissuta, a costituire un mondo della vita in miniatura. Un po' sul serio ed un po' per gioco, questa costituzione del mondo della vita viene ribadita in antitesi

col circostante mondo della mondanità, pur mantenendo aperta la dialettica con esso. Un rapporto paragonabile a quello dell'apprendistato con il lavoro vero e proprio. Qui s'intesse un dialogo, che ha caratteristiche semantiche tutte particolari.

Alle parafrasi, inizialmente prodotte dal terapeuta, s'aggiungono quelle che il paziente stesso è indotto a produrre non appena si rende conto che i suoi vissuti possono essere espressi senza ridurli all'asciuttezza ed alla povertà con le quali gli veniva d'esprimerli spontaneamente fino a quel momento. In questo modo il dialogo si fa sempre più ricco sul piano verbale e viene da sé arricchirlo ulteriormente con le associazioni e le analisi dei sogni. Il malato infatti avverte il beneficio, che gli viene dal collaborare attivamente, perché s'accorge che incrementare la sua competenza linguistica vuol dire tessere, strato su strato, un tessuto sempre più soffice, che s'interpone tra sé e la sua pesante realtà.

Questa, del tessuto soffice, è la metafora, costruita a grado a grado, che spero sia efficace ad introdurre alla comprensione del *sollievo*, che è, secondo me, lo scopo cui deve tendere la psicoterapia fenomenologica.

II

Più il fenomenologo s'addentra nell'analisi del suo proporsi come psicoterapeuta e più gli si presenta chiaramente l'evidenza che le sue riflessioni si collocano in una fenomenologia della psicoterapia assai più che in una p. f. in senso stretto.

Non soltanto della p. f., ma di ogni psicoterapia, anzi, a ben vedere, di ogni genere di terapia, il sollievo mi sembra essere la figura maggiormente espressiva. Così dicendo, sembra che si voglia destituire di una sua specificità la p. f., ma quel che più conta è che sono decisamente fenomenologici l'approccio alla questione in sé della psicoterapia, l'individuazione del suo fondamento antropologico, il riconoscimento da riservare alla sua necessità esistenziale. Mi sono convinto di quanto sia ampia e profonda la richiesta di sollievo nel corso degli anni, a mano a mano che incontravo malati e constatavo la frequenza con la quale essi ricorrono alla metafora del peso. Dal peso sullo stomaco d'un semplice episodio di dispepsia, dal peso al capo di tante forme di cefalea, si arriva fino al macigno o alla montagna da cui si sente opprimere chi è gravemente depresso.

O direttamente o indirettamente, le richieste d'aiuto sono riconducibili tutte all'essere sollevato dal portare un peso. Il richiamo al peso può essere diretto come in questi esempi oppure può essere rilevato lungo una sequela più o meno estesa di significati. Ma alla fine è al peso che si arriva come a qualcosa che non può essere distanziato da sé e che si direbbe quindi non più

derivabile da nulla se non dal corpo, chiamato a sostenere il peso stesso. L'annullamento d'ogni distanza vale quanto identificare il peso col corpo ed il corpo col peso e così si può arrivare a vivere in prima persona il senso originario della parola "soma", che accoglie in sé sia il peso che il corpo.

Poche righe d'un dizionario (per es. il Devoto-Oli) la dicono lunga: «Soma: ... elemento... del linguaggio scientifico ...indicante genericamente "corpo" (dal greco soma=corpo)». E, subito dopo: «Soma: carico da trasportare, che si pone sul dorso di asini... ». Si direbbe quindi che l'uomo, imparando ad utilizzare l'asino, scopra la possibilità di separare dal corpo il peso d'ogni carico estrinseco e cominci ad inseguire il desiderio d'alleggerire il corpo del suo peso intrinseco. Fin tanto che è giovane, sano e prestante può ritenere di poter caricare qualunque peso sull'asino di se stesso, sia materialmente che metaforicamente, godendo lo stesso del suo corpo senza avvertire alcun disagio. Ma basta un nulla, come tutti sanno, perché cada addosso un peso più o meno grave, a volte momentaneo a volte duraturo, vissuto comunque come un appesantimento del corpo, quasi che il peso estrinseco si traduca in peso intrinseco.

Continuo la mia veloce sintesi, che ha volutamente l'andamento d'una favola mitologica, perché la fenomenologia incoraggia l'invenzione e stimola a produrre metafore per raggiungere finalità comunicative e sia pure muovendosi su un piano metastorico e metafilologico, che non risponde a canoni scientifici, ma che è, o cerca di essere, rispondente ad una "filosofia rigorosa" (secondo l'espressione di Husserl) e cioè rigorosamente e compiutamente autoreferenziale, fondata solamente su elementi attinti dall'intuizione dell'evidenza e non desunti da campi scientifici particolari. La mia favola continua dunque narrando la scoperta dal didentro d'un evento antropologico decisivo.

Laddove si senta un peso di cui non ci si può scaricare, perché non è distanziabile da sé e quindi trasferibile per figura sull'asino, allora ci si domanda dove risieda questo peso. Alla più elementare esperienza, il corpo risulta essere fatto di "carne ed ossa". Fatte salve le ossa, perché si capisce facilmente che servono a reggere il tutto, si concentra sulla carne il sospetto che essa sia il ricettacolo del peso. Mentre le ossa dell'adulto rimangono pressoché inalterate nel tempo, la carne può aumentare e diminuire e quindi diventa certezza il sospetto che il peso risieda nella sua eccedenza. Da questo momento l'equivalenza peso-corpo diventa equivalenza peso-carne.

Dall'eccedenza della carne e dalla volontà di fronteggiarla per sollevare il peso prende le sue mosse la terapia centrata sul digiuno, il salasso, il vomito provocato ed il clistere. Terapia che scavalca, evidentemente, il piano metaforico dei vissuti di corpo, di carne e di peso, ma che li prende alla lettera e li maneggia materialmente. Sono fin troppo noti gli usi e gli abusi di tale terapia nell'ambito

sia laico che religioso dove venga praticata. Proprio perché consustanziale con la carne, il peso non si lascia comunque eliminare del tutto ed è nello sforzo di farlo che si scatena l'accanimento. Di esso possiamo dire, per convenzione retorica, che è "terapeutico" tra virgolette, ma vedremo tra poco che oggi giorno l'accanimento terapeutico si pratica ancora e le virgolette sono cadute.

La morale della mia favoletta consiste nell'indicare una certa cura del peso come terapia della *privazione*, scoprendo così la linea genealogica, che porta alla psicoterapia definita, appunto, come abbiamo già visto, terapia del sollievo dal peso avente come fine, magari irraggiungibile, la privazione del malato dal peso stesso. Ma c'è anche la terapia dell'*addizione*, della quale è stata raccontata tante volte la storia che sembra impossibile poter dire ancora qualcosa sul vino, sull'oppio, sul protossido d'azoto, sull' LSD e così via. Eppure dobbiamo parlare ancora di queste sostanze per quel tanto che esse sono apportatrici di sollievo. Chi ne fa uso decanta soprattutto l'effetto di conferire al corpo leggerezza, anche se questo effetto è poco duraturo ed è eccessivamente inquinato dall'accompagnamento di effetti indesiderabili, primo fra tutti la tossicodipendenza.

A questo proposito voglio ricordare che alcuni anni fa ho partecipato ad un incontro sulla *farmacodipendenza*, ultimo d'una serie d'incontri sulla *tossicodipendenza*. È già molto significativo che gli organizzatori di questi incontri considerassero la farmacodipendenza come una parte, un caso particolare, di tossicodipendenza. Chissà che non avessero sentito la suggestione di tutti quei telefilm dove il protagonista (per lo più una donna), che prende psicofarmaci, si sente dire: «Butta via quella roba!».

Quanto a me, avevo deciso d'intervenire trattando il tema del medico come medicina avendo in mente il placebo. Avevo cominciato a preparare lo schema della mia relazione scrivendo di seguito: *tossicodipendenza, farmacodipendenza, medicodipendenza*, come se giocassi con una matrioska, la famosa bambolina che ne contiene un'altra e poi ancora. Ubbidendo anch'io ad una suggestione e cioè a quella, inevitabile ai nostri giorni, che la droga sia non tanto il capostipite farmacologico della medicina buona, quanto medicina essa stessa, medicina cattiva che corre per le strade, veniva ad essere occultata la capacità del medico di offrirsi come placebo e quindi come medicina buona, e messo in evidenza il suo ruolo di prescrittore, ruolo pericolosamente simile a quello dello spacciatore. Si tratta d'una alternativa tutt'altro che semplice, anzi d'un vero e proprio rovesciamento.

Si deve considerare il medico come placebo quando si sente in grado di prendersi cura del malato contenendolo dentro di sé come la madre contiene il bambino: allora il malato riceve da lui le medicine come un prolungamento del suo corpo protettivo e

nutriente. Lo si deve considerare un prescrittore quando si sente contenuto dentro qualcosa, che è tanto più grande di lui e che si configura come l'industria farmaceutica. Io credo che ogni medico prescrittore vorrebbe risalire simbolicamente dall'industria alla figura dello scienziato, che lavora nel laboratorio alla ricerca del farmaco desiderato. Ma temo anche che l'apparato commerciale promuovente il farmaco allontani la figura del ricercatore ed occulti il legame virtuale che ogni medico ha pur sempre con lui. Non c'è nulla invece che occulto la presenza ubiqua della droga e l'inquietante consapevolezza che il drogato, prima ancora di essere, quasi sempre, uno spacciatore, è un prescrittore lui stesso, qualcuno che si sta sciaguratamente autoprescrivendo qualcosa: dal che non può nascere nel medico se non il dubbio angosciante di essere uno spacciatore anche lui.

Ogni medico vorrebbe lasciarsi coinvolgere dalla scienza e questa è sempre più lontana; nessun medico vorrebbe lasciarsi coinvolgere dalla droga e questa è sempre più vicina. Allontanato dalla scienza e minacciato dalla droga, al medico non resta che chiudersi nella sua solitudine. Se poi la sua qualità di prescrittore viene stretta sempre più pesantemente nell'angolo del guadagno e distolta dal fine primario della cura informata di scienza, allora la solitudine del medico non può che farsi più acuta. Prova ne sia, tra l'altro, che sempre più spesso il medico cerca di sottrarsi a questa situazione abbracciando terapie alternative, che sembrano offrirgli libertà dall'oppressione dell'industria farmaceutica.

Quanto al malato, vorrei ritornare per un momento allo schema tossicodipendenza, farmacodipendenza, medicodipendenza e chiedermi quale potrebbe essere il termine successivo. Se lascio da parte il malato affetto da una malattia completamente estrinseca, che è poi il caso meno frequente, e penso al caso di gran lunga più frequente, mi trovo di fronte a qualcuno la cui malattia implica in qualche modo la sua soggettività. Si tratta di qualcuno che è poco o tanto o tantissimo malato di se stesso: si tratta dunque dell'*autodipendenza*, area vastissima, che comprende le neurosi, le allergie, le malattie psicosomatiche, le autoimmunitarie, la compulsione a ripetere gli infortuni. Di fronte a questi malati, il medico che si limita a scrivere una ricetta è come se dicesse: «Ed ora arrangiate!». Oppresso dalla sua solitudine, questo medico non fa nulla per sottrarre il malato dalla solitudine, che pure l'opprime. Solamente la parola può scaricare la solitudine dall'uno e dall'altro.

Quello che ho descritto è uno dei possibili itinerari, che conducono a scoprire la psicoterapia come necessità assoluta. È un percorso volutamente intrecciato con quello della prescrizione farmacologica, individuata nella sua nuda realtà di terapia per addizione.

L'interazione farmaco-psicoterapia è una realtà quotidiana, che si pratica mediante una strategia consistente in niente più che un

procedere a tentoni nel dare e nel togliere. È un procedere che coesiste con la psicoterapia d'ogni orientamento. Ma io penso che l'orientamento fenomenologico permetta meglio di altri al medico di mettere in luce dentro di sé e di sostenere l'ambiguità di curare mediante l'addizione di qualcosa, che s'apparenta molto da vicino alle "sostanze".

Essendo un esercizio pratico, l'attività terapeutica si declina necessariamente nell'area della mondanità, dove le medicine sono per definizione medicine buone e la loro prescrizione è lecita nonché necessaria. L'orientamento fenomenologico induce momento per momento il medico, che si muove dentro di esso, a mettere in parentesi tutto questo ed a tenere un orecchio aperto sul mondo della vita. Qui la prescrizione mostra senza infingimenti il suo volto di addizione di "sostanze", buone o cattive che siano. Da questo praticare insieme il mondo della mondanità ed il mondo della vita, cosa ne viene al medico fenomenologo? Viene una sollecitazione continua alla prudenza ed in particolare un rifiuto deciso dell'accanimento terapeutico.

Il medico è fenomenologo nella misura in cui riconosce la fragilità esistenziale del malato, per il quale la pratica contemporanea del mondo della vita e del mondo della mondanità è uno sforzo continuo, ineliminabile ed estenuante, per tenersi in equilibrio tra le necessità della vita quotidiana e quelle sue istanze che sente più intime e più proprie. Cancellare con accanimento farmacoterapico queste istanze equivale a recidere radici, ad espellere autentiche ancorché dolorose ragioni di vita, a destoricizzare un'esistenza nell'apparente eliminazione dei conflitti.

Il medico fenomenologo non trascura di guardare attentamente anche le pratiche di privazione, non metaforiche ma materiali, perché tormentano spessissimo i suoi malati con le loro lusinghe. Divieti ed imperativi di abitudini alimentari e non alimentari imperversano operando su due fronti: su uno promettono il sollievo dal carico della carne e sull'altro offrono un modello corporeo standardizzato. Sul primo fronte s'inseriscono spesso nelle aspettative offerte da tante pratiche terapeutiche cosiddette "alternative". Per questo motivo il fenomenologo è scettico verso queste pratiche, sebbene ne riconosca, come si è detto più su, che possano rappresentare per il medico un "sollievo" professionale e quindi un'"uscita di sicurezza" esistenziale. Sul secondo fronte, le pratiche di privazione promettono di raggiungere quel tipo ideale, che possa sentirsi totalmente a suo agio nel mondo dei consumi.

Anche le terapie di privazione minacciano continuamente di degenerare nell'accanimento. Ma il medico fenomenologo non perderà le occasioni di combatterlo e di ricordare che lo stile di vita individuale può essere corretto e migliorato senza essere né conculcato né distrutto.

III

Dopo aver portato fino a questo punto le mie riflessioni sul curante medico, che può orientarsi verso la psicoterapia per uscire dalla solitudine, dove rischia di confinarlo la pratica esclusiva della farmacoterapia, mi domando, da medico, quale possa essere l'analogo per il curante psicologo. Questi, naturalmente, non avverte di solito il passaggio dalla psicologia alla psicoterapia come un rovesciamento, perché entrambe sembrano crescere insieme dentro di lui. Ma io credo che lo psicologo avverta anch'egli, quando s'avventura nella pratica psicoterapeutica, che il nucleo teorico della sua preparazione tende a trattenerlo nella solitudine. Per quanto possa essere impostato su un fondamento dialogico, ogni nucleo teorico tende ad essere autoreferenziale e quindi autologico. Tende a nutrirsi ed a gratificarsi da sé e chi vi attinge rischia, appunto, la solitudine, ancorché non individuale, ma di gruppo e di scuola. Con le dovute differenze, il bagaglio teorico dello psicologo, per lo più psicodinamico, mi sembra gravare su di lui non meno di quel che gravi sul medico il suo bagaglio biologico. Inutile dire che la metafora del bagaglio s'impone da sé per indicare la necessità, in entrambi i casi, di sottrarvisi come impaccio e di cercarne sollievo come peso. Di esso bisogna liberarsi senza sbarazzarsene, bisogna rendersi affrancati senza disconoscerne il ruolo, informativo e formativo.

La pratica terapeutica è precisamente ciò che dovrebbe portar fuori del gruppo e della scuola per mettersi in gioco come individuo. Questa cosa non è tanto ovvia come sembra, anzi, porta diritto diritto ad affrontare un paradosso. Se è vero che la psicoterapia si offre come strumento per superare la solitudine di chi la pratica, oltre di chi le è destinata, è anche vero che non ci si può accingere a praticarla senza aver fatto della solitudine un'esperienza radicale. Bisogna provare fortemente l'aspirazione a sentire la dualità, bisogna riconoscere la priorità dell'essere insieme come struttura antropologica fondante, bisogna constatare che il linguaggio nasce nel dialogo prima ancora che per il dialogo.

L'esperienza della solitudine non è limitata ad essere preliminare rispetto alla decisione di dedicarsi alla psicoterapia, ma si rinnova continuamente sotto forma di spoliazione dell'abito professionale, del patrimonio culturale. Voglio dire che l'esperienza della solitudine è radicale quando investe non soltanto l'orizzonte del rapporto intersoggettivo, ma anche quello del rapporto intrasoggettivo tra le varie istanze che compongono la propria personalità. Nell'incontro col malato il fenomenologo deve sentirsi di nulla provveduto se non della sua capacità empatica, senza sentire la necessità di supportarla o di surrogarla con altre qualità, acquisite o naturali che siano. Basti pensare alla simpatia, che si

può benissimo non provare per il paziente, ma che non perciò deve precludere, con la sua mancanza, l'empatia per lui. L'empatia, malgrado il nome, non è una qualità patica in senso stretto: è piuttosto una qualità conoscitiva, operante sul piano della doxa. In senso più proprio, l'empatia è la qualità di accorgersi che l'altro esiste e di accordargli uno spazio per sé, restringendo il proprio spazio.

Bisogna disfarsi di ogni tendenza ad essere questo o quello per tendere al fine di esserci e basta. Inutile dire che questo fine non si realizza una volta per tutte, perché il riaffiorare della personalità nei suoi vari aspetti si ripete con prepotenza in ogni momento ed ingombra lo spazio dell'incontro prevaricando sullo spontaneo affiorare della personalità del paziente. La prevaricazione ha la conseguenza di cogliere nel paziente i sintomi, ma non le strutture che li sottendono, dopo di che non resta che far passare il paziente stesso attraverso una qualche griglia diagnostica, avendo rinunciato in partenza a stabilire con lui un autentico incontro interpersonale. Ben lontani come siamo da questo atteggiamento riduttivo, cerchiamo di renderci conto del modo in cui il terapeuta possa raggiungere col malato la simmetria esistenziale di due persone, che affrontano insieme un lungo viaggio.

Quando ci si mette in viaggio si lascia a casa quasi tutto e si porta lo stretto necessario. Mettiamo che questa sia la condizione del terapeuta e che il suo leggero fardello sia stato messo insieme per libera scelta. Mettiamo invece che il paziente non abbia avuto libertà di scelta e gli sia stato imposto un fardello pesante, zeppo di cose incongruenti e di scorie, il meglio avendolo lasciato a casa o perduto. Portando avanti la metafora, non è difficile intuire che il fardello del malato lo colloca sempre tra i poveri, sempre dico, anche quando la povertà è mascherata dall'effervescenza e dai falsi tripudi della mania e della paranoia. Il terapeuta scelga dunque di essere povero anche lui e vada incontro al malato col desiderio di essergli intenzionalmente alla pari. Ma non si deve pensare di trattarlo familiarmente, di abbracciarlo e di farsi dare del tu e chiamare per nome. Si deve invece coltivare dentro di sé un atteggiamento, appunto, intenzionale, di accoglienza, di attesa, di rispetto, di pazienza e di umiltà, che sono o dovrebbero essere qualità del povero e, non per nulla, del fenomenologo.

L'esercizio fermo e sereno di queste qualità è il modo migliore, secondo me, per incoraggiare il malato a praticarlo anche lui, scoraggiandolo dal nascondersi dietro paraventi suggeriti dalla vanità, dal pudore e dall'orgoglio. A questa qualità se ne deve aggiungere una, che, anzi, è la madre di tutte le altre, ma che bisogna tenere per sé e non sollecitare nel malato. Voglio dire la prudenza. Esercitare la prudenza significa darsi una misura mentre si accetta la dismisura del malato, dissimulare il proprio fardello

mentre ci si offre di condividere il suo, andargli incontro senza far intrusione mentre ci si apre alle intrusioni di lui.

Dopo alcuni anni di psicoterapia, un paziente mi ha sognato sotto forma di volto che scompariva a poco a poco nella parete dello studio e le associazioni non lasciavano dubbi che volesse certificarmi di non avere mai patito la mia intrusione.

Nella pratica della prudenza non si deve temere l'asimmetria. Dalla parte del malato, la prudenza sarebbe reticenza, riserva mentale, insincerità, mancanza di fiducia. Dalla parte del terapeuta, esercitare la prudenza vuol dire tener vivo un legame che è paradossale, perché deve rispecchiare l'asimmetria esistenziale dell'accoppiamento tra due monadi senza rinunciare a sostenere il peso determinato dal fatto che, delle due monadi, l'una è debole e l'altra deve essere forte. Accogliere la debolezza del malato senza cedere alla tentazione di fare irruzione dentro di lui e non recedere, nella sostanza, dalla propria posizione di forza, è quanto deve fare il terapeuta a segno che lo spazio geometrico dello studio finisce per presentarsi come uno spazio irrealizzato percorso da un intrico di movimenti. Si tratta di movimenti di va e vieni tra malato e terapeuta grazie ai quali è chiamato in causa la categoria della distanza, che deve essere gestita dal terapeuta. È precisamente la prudenza quel che gli si richiede per modulare la distanza.

Sento il bisogno di fare un'ulteriore precisazione. Questa frase e questo preciso riferimento ad una determinata qualità, in questo caso la prudenza, hanno un tono prescrittivo e ciò potrebbe creare l'impressione che la p. f. richieda un'impostazione spiritualistica ed una grande ricchezza di qualità personali, per non dire di virtù. Le cose non stanno così. Il tono prescrittivo è l'effetto d'un artefatto grammaticale e deve essere inteso non in senso imperativo, bensì come l'indicazione discorsiva, semplificata e diretta, d'un dato descrittivo. Là dove dico che occorre esercitare la prudenza, intendo dire che su quel punto opera uno specifico atteggiamento definibile così e rintracciabile in misura adeguata in ogni operatore sanitario.

Fatta questa precisazione, ritorniamo ai movimenti intenzionali intercorrenti tra il paziente ed il terapeuta, e viceversa, ed alla distanza che li contiene. Essi trovano nell'ambulatorio uno spazio geometricamente muto, che serve solamente per figura, mentre quello che disegnano è uno spazio irrealizzato, esistenziale ed espressivo.

Chiediamoci ora, a proposito di Alberto, in che cosa siano stati diversi l'impatto con lo psichiatra fenomenologo e quello avuto con i famigliari, il medico di famiglia e lo psichiatra orientato biologicamente. Tutti costoro hanno visto Alberto da posizioni determinate e ferme: quella della sollecitudine e del timore dei famigliari, quella del buon senso pratico del medico di famiglia e quella dello schematismo diagnostico dello psichiatra. Da tutte

queste posizioni ferme sono discese paura di suicidio e relative precauzioni, diagnosi di depressione e relative cure.

Niente di tutto questo si direbbe contestabile, perché nasce e si sviluppa in un intreccio d'amore familiare, di buon senso e, inutile dirlo, di scienza. In quanto appartenente al mondo della mondanità, l'insieme caratterizzato da questo intreccio d'amore sarebbe pronto ad accogliere una realtà diversa, dove non ci siano né depressione né pericolo suicida, in quanto che lo stesso intreccio non avrebbe nessuna difficoltà a situare ogni realtà diversa dal previsto sotto il segno dell'errore, che è pur sempre un evento naturale da accettare con naturalezza. Senza contare che, oltre alla possibilità dell'errore, c'è sempre la singolarità del caso, che giustifica il suo non rispondere alle aspettative naturali.

Però, si tratti di errore o di altro, c'è stato un grande dispendio di tempo, di emozioni, di cure farmacologiche ingiustificate. Chi è stato responsabile di questo può affermare tranquillamente che il suo rilievo del sintomo (pericolo suicida) e la sua diagnosi (depressione) erano corretti. E noi sappiamo che la loro correttezza dipendeva dall'essere stati individuati a partire da un punto di vista fermo, sostenuto da criteri naturali universalmente condivisi e statisticamente sostenibili.

Tuttavia questi criteri cozzano contro la soggettività di Alberto. È qui allora che il fenomenologo ricorre alla risorsa dell'ironia filosofica greca, riscoperta da Husserl come epochè, mette in parentesi tutti i criteri naturali impiegati per affrontare la situazione di Alberto e cerca d'affrontarla direttamente, ubbidendo al solo criterio di misurarla con la propria soggettività. A questo punto il fenomenologo s'è spogliato, come abbiamo già visto, di ogni sovrastruttura e si trova calato nel mondo della vita: quel mondo dove Alberto vive la sua corporalità in un certo modo, che non riesce ad esprimere, perché nel mondo della mondanità, condiviso da lui con i parenti, il medico di famiglia ed il primo psichiatra, non ci sono le parole per dirlo. Quando Alberto trova nel fenomenologo qualcuno con il quale condividere il mondo della vita, allora le parole per dire il suo malessere le trova tutte. E, reciprocamente, il fenomenologo sente dischiudersi a lui il mondo della vita di Alberto quando, tra tutte le sue parole, riconosce quelle che escono dai canoni della naturalità ed indicano una cosa del tutto innaturale come il suo corpo sfracellato.

Quindi, a questo punto, possiamo dire di avere colto la differenza tra sintomo (pericolo suicidario) e fenomeno (corpo sfracellato). Evidente il primo da un punto di vista fermo, evidente il secondo da un punto di vista mobile. Il punto di vista fermo candida il sintomo alla sfera scientifica ed operativa, epistemologica. Il punto di vista mobile colloca il fenomeno nella sfera espressiva e relazionale, dossica ed ermeneutica. La prima sfera è quella della psichiatria biologica. La seconda è quella della

psichiatria fenomenologica e di ogni psicoterapia, sia che si definisca o no fenomenologica, sia che riconosca o no il suo fondamento fenomenologico.

%%%%%%%%

Calvi Lorenzo con Bruno Callieri, Giovanni Gozzetti ed Arnaldo Ballerini costituiscono il gruppo che ha affrancato la psichiatria italiana dal un positivismo riduzionista per inserirla nel dibattito psicopatologico internazionale, dominato dalle scuole tedesche, francesi e olandesi.