

[Digitare il testo]

Mario Rossi Monti, Giovanni Stanghellini

La Psicoterapia Fenomenologico-Dinamica

In A. Colli (a cura di), *Psicoterapia Dinamica*. Teoria, clinica, ricerca. Carocci, Roma, 2016, pp.311-321

1. Il dialogo con Patrizia

Patrizia è una studentessa di 24 anni che ha cominciato una psicoterapia su indicazione dello psichiatra che la ha in cura. La diagnosi psichiatrica è Disturbo Bipolare II ma la fenomenica clinica rimanda a un Disturbo di Personalità Borderline di particolare gravità, nel quale prevalgono condotte impulsive, autolesionistiche e a rischio suicidario. L'obiettivo del lavoro psicoterapeutico è vedere se è possibile trovare un senso a una serie di condotte e di esperienze che hanno preso sempre più spazio nella vita di Patrizia.

Da un paio di anni Patrizia ha crisi bulimiche (le chiama <<abbuffate>>) praticamente ogni giorno. Racconta: <<non riesco a studiare. Io *devo* studiare (dice con enfasi), a me viene richiesta solo questa cosa e la devo fare.... Ma le abbuffate me lo impediscono... Anche ieri pomeriggio avevo cominciato a studiare e avrei dovuto studiare fino a sera, ma arrivata alle sette ho pensato che potevo concedermi uno spuntino... e quello spuntino è diventato la solita schifosa abbuffata...>>. Chiede esplicitamente che <<la cura>>, quale che sia (sembra in questo accomunare la terapia psicofarmacologica con la psicoterapia), la <<liberi>> dalle <<abbuffate>>, viste in primo luogo come qualcosa che la ostacola in ciò che lei dichiara di voler fare. In alcuni periodi della sua vita (come accade anche ora) Patrizia spesso si taglia. In genere si taglia le gambe, con tagli lunghi e superficiali.

Ma il problema più serio sono quelle che chiama le <<nottate alcoliche>>. Cominciano come un normale aperitivo con gli amici ma finiscono in catastrofiche nottate delle quali Patrizia non conserva alcun ricordo. Sembra che si lasci rotolare verso il fondo, affidandosi alla sorte. Solo al risveglio si renderà conto di dove è andata a cadere: il pronto soccorso di un ospedale, una piazza del centro città nella quale si sveglia circondata da persone poco rassicuranti, il letto di qualcuno che non conosce, la casa di un amico che la ha soccorsa, etc.

In questo contesto, dopo circa otto mesi di psicoterapia a frequenza bisettimanale in un setting *vis à vis*, si colloca lo stralcio di seduta che segue:

P. L'altra volta me ne sono andata da qui un po' dispiaciuta... me ne sono andata di corsa, come le avevo detto, quella mezz'ora mi era fatale per andare a fare quella prova [aveva un appuntamento per un lavoro subito dopo la seduta] e... negli ultimi cinque minuti ... io ho finito di dire qualcosa rispetto a come andavano le abbuffate nell'ultimo periodo, che mi ero abbuffata alcuni giorni poi martedì, mercoledì e giovedì, no ... e lei ha detto: "ora finisco". Ha introdotto la sua affermazione finale dicendo "ora finisco". Il che già mi ha messo ansia, ... e poi io non ho orologio ...

T. (Le indico un orologio a muro collocato alla sua destra, ben visibile dalla posizione che occupa).

P. E' la prima volta che lo vedo .. io non sapevo che ore fossero. La durata delle nostre sedute è di 45 minuti, però spesso finiamo qualche minuto dopo, cosa che a me fa anche piacere, perché significa che lei ...

T. Lei non ha orologio. Come fa a rendersene conto?

P. Perché appena esco accendo il cellulare e vedo che ore sono.

A. Non portare l'orologio per un verso farebbe pensare a una persona che non sta tanto attenta al tempo ...

[Digitare il testo]

P. Al contrario. Io sono attentissima al tempo. Di solito ho il cellulare che è sincronizzato con il computer. Appena il mio orologio segna le 16.28 suono il campanello, qui sotto il suo studio... io non so che ora segna il suo orologio, ma io per essere sicura di non arrivare in ritardo, suono il campanello ai ventotto...

T. Perché proprio ai ventotto?

P. Perché è un paio di minuti prima, ma non troppi...

T. Quindi dire che lei è attentissima al tempo è dire poco, ma poi, quando è qui...

P. Quando sono qui non ho la più pallida idea del tempo. Mi rendo conto a volte che ho parlato troppo a lungo... L'altra volta quando lei ha detto "ora finisco" ho avuto la sensazione che era finito il tempo ma che lei si stesse dilungando. E poi lei ha cominciato a dire una serie di cose che mi sono sembrate totalmente inutili... Ha cominciato a dire: le abbuffate sono un campanello di allarme. Ma lo avevamo già detto e lo abbiamo detto un miliardo di volte. Mi sembra inutile ripeterlo e mi sembra inutile ripeterlo in un momento in cui lei sa che quella mezz'ora è fatale per il mio ritardo [il tono è polemico, irritato e derisorio]. Oltretutto in generale è inutile ripeterlo per l'ennesima volta. Ha continuato con una serie di affermazioni sullo stesso tenore, dicendo che quando arrivo a fare un'abbuffata bisognerebbe riuscire a capire meglio quello che succede prima. E anche come mai quando sto bene riesco a gestire la situazione in maniera tale da non arrivare all'abbuffata. Banalissimo! Lo sappiamo già! E io ero in ritardo. Mi è venuta un'ansia esagerata. Sono uscita di qua di corsa... E poi "ora finisco" non lo aveva mai detto prima... ha usato una frase che segnalava la fine della seduta quando non mi ha mai dato un segnale di fine seduta fino ad ora... e poi questo ripetere sempre le stesse affermazioni fino ad arrivare a dire cose che sono assolutamente banali!

T. E quindi è uscita dalla seduta...?

P. Dispiaciuta

T. Forse però anche molto arrabbiata. Almeno adesso la vedo così

P. A casa ero agitata, in lacrime... pensavo: "oddio non ce la faccio"... E poi io ho sempre avuto dei dubbi sul venire qua e su come andassero le cose qua... Poi i dubbi si erano anche attenuati nell'ultimo periodo tanto che mi ero convinta che venire qua mi era utile ... Poi vengo qui e ho la sensazione che lei cerchi di farmi fare tardi apposta! Guardo l'ora ed è più tardi di quanto dovrebbe essere in base all'orario della seduta. E io le avevo detto in maniera quasi esplicita che quella mezz'ora significava per me arrivare puntuale o fare tardi a questa prova di lavoro ...

T. Quindi questi dubbi si sono ripresentati in maniera importante...

P. E il dubbio non è che semplicemente ho delle sensazioni. E' perché mi dico che sei mesi fa lei mi disse che in 3-6 mesi io avrei ricominciato a studiare... me lo ricordo perfettamente... Lei non se lo ricorda...?

T. Io ho difficoltà a ritrovarmi in quello che lei sta dicendo perché penso di non essere in grado di fare delle previsioni così specifiche. Forse posso avere detto: "Diamoci sei mesi di tempo". Comunque evidentemente mi sbagliavo, se ho detto una cosa del genere...

P. Io all'epoca ero molto in ansia rispetto al fatto che non studiavo e le chiesi per quanto tempo avrei dovuto andare avanti così.

T. Ah, ecco: allora forse ho detto qualcosa del genere: "prima di sei mesi non riusciamo a fare alcuna previsione".

P. Fatto sta che io mi sento che da quando ho cominciato la terapia non si va da nessuna parte. Non sto studiando, le abbuffate le faccio... A settembre ho avuto un periodo migliore rispetto ad ora, ho una vita sociale scarsissima, non ho grandi prospettive future...

T. Che rapporto vede tra una valutazione così importante e così negativa del nostro lavoro di psicoterapia e il problema dei cinque minuti di ritardo? Il problema della valutazione negativa del nostro lavoro è un problema più generale, che si pone nel lungo periodo e invece sembra che lei faccia questa scoperta improvvisamente...

P. In realtà io già tempo fa le avevo espresso i miei dubbi...

[Digitare il testo]

T. Sì, ma erano riferiti ad alcuni aspetti del mio modo di lavorare... adesso fa una valutazione molto più generale

P. Erano riferiti al fatto che lei la tira per le lunghe. Da qui si arriva al fatto che tirandola per le lunghe ci vuole troppo tempo per conseguire i risultati... Io tutto questo tempo non ce l'ho e non voglio perdere altro tempo. Forse faccio prima da sola. Forse faccio prima con qualcun altro. Se penso a questa terapia, a me, ora come ora, sinceramente mi sembra di non avere fatto alcunché...

E poi mi chiedo anche... mi dica lei se sbaglio: ha senso una terapia se non c'è fiducia?

T. A me pare però che in certi momenti lei porti qui la sua sfiducia, anche totale, in altri invece un atteggiamento fiducioso. Una condizione che mi ricorda quello che mi raccontava a proposito di come viveva ciò che accadeva in casa quando era ragazzina, con i genitori. Quando mi diceva che a casa succedevano cose che lei non riusciva bene a decifrare, che non capiva che cosa fossero. Mi immagino che adesso lei senta di essere in un periodo della vita piuttosto difficile nel quale ha bisogno di una psicoterapia e però, nel mentre porta avanti questa situazione, è abbastanza tormentata dal non sapere bene se la situazione specifica nella quale si trova va bene oppure no, se è affidabile oppure no, se l'altro è affidabile oppure no... In certi momenti lo sente affidabile e in altri inaffidabile...

P. Sì, è quello che succede.

T. Ci sono tutte e due le facce della medaglia.

P. Sì, certe volte sono uscita da qua e mi sono detta: abbiamo parlato di cose utili. E' evidente, se no non avrei continuato fino a oggi.

T. Abbiamo parlato di cose utili. Lei prima citava le cose inutili, il mio ripetere cose banali. Qui si tratta di capire in base a quali criteri pensiamo che una cosa sia utile o meno. Per me ad esempio ripetere una cosa è di straordinaria importanza, nel senso che se uno viene qui tutte le sedute a parlarmi della stessa cosa io penso che questo dà la misura di quanto questa cosa è importante per lui. Magari la stessa cosa detta una tantum non fa lo stesso effetto. Ripetere le cose non è solo una cosa inutile. Può anche essere molto utile. Penso anche che ripercorrere un certo percorso mentale, di cui magari abbiamo già parlato, possa essere un modo per consolidarlo. Certo, tutto questo lascia aperto il problema di quanto fosse inopportuno, in una situazione con cui lei aveva molta fretta, dedicare tempo a questo tema.

E poi utile o inutile? Mi vengono in mente sedute di qualche mese fa in cui lei diceva: "Io *devo* studiare. Qualsiasi cosa che non mi aiuta a studiare è inutile". Oggi mi pare che questo problema non abbia più quella forma. La questione dell'utilità dello studiare è entrata un po' in crisi, tanto che ora le sembra utile ora andare a fare una prova per un lavoro... A proposito: non mi ha detto come è andata.

P. E' andata male... fare un lavoro che non hai mai fatto prima è difficile... non lo so, è che sono in un momento di enorme difficoltà... non mi fido di nessuno, non lo so...

T. E qua? Sembra che abbia bisogno di capire se si può fidare o no, se io sono attento ai suoi reali bisogni oppure no. Evidentemente l'altro giorno sono stato disattento perché mi sono dimenticato di quanto fosse importante per lei quella mezz'ora... quindi questo mi ha fatto apparire a lei inaffidabile. Così, quando mi rivolge quelle critiche, è come se mi dicesse: "Lei non sa aiutarmi. Io avrei bisogno di buttarmi dietro le spalle gli aspetti di me che non funzionano e mettermi a studiare e lei invece [terapeuta] da che parte sta? Non starà mica dalla parte di chi mi fa perdere tempo, rovistando in questa roba inutile?". Rabbia e disprezzo mi pare facciano capire con quanta diffidenza lei guardi a una sé che dà troppo spazio a questi aspetti...

P. Sì, questo è sicuro

2. Il metodo Fenomenologico-Ermeneutico-Psicodinamico(P.H.D).

Noi siamo un dialogo: un dialogo con noi stessi e con le altre persone. Secondo la prospettiva proposta dal metodo PHD ognuno di noi, tramite il dialogo, è continuamente postodinnanzi all'alterità: all'altro rappresentato dalle altre persone, ma anche all'altro che io sono rispetto a me stesso, nel senso che c'è sempre qualcosa di me che sempre mi sfugge, che non

[Digitare il testo]

conosco. E' difficile rapportarsi alla dimensione della alterità, sia con gli altri sia con se stessi. Quando lo si fa si scade facilmente nella inautenticità, cioè in modi di rapportarsi all'alterità tramite i quali si addomestica ciò che di perturbante è sempre insito nell'incontro con l'altro ricorrendo alla chiacchiera, all'ambiguità o alla curiosità (Heidegger, 1927). Questi modi di essere con le altre persone, e con l'alterità che alberga in noi stessi, sono dispositivi involontari che tengono lontano dalla soglia della coscienza i conflitti con l'alterità che altrimenti genererebbero attrito e smarrimento. La chiacchiera è un modo di parlare dell'altro mediante il quale assimiliamo l'altro a qualcosa di conosciuto, "come se" parlassimo di qualcosa che ci è noto e familiare, mettendo da parte il fatto che in realtà l'altro è sempre inconoscibile e irriducibile a quanto è già noto. Nel senso che l'altro si rivela sempre essere qualcosa di più e di oltre a ciò che noi possiamo presumere di conoscere di lui. L'ambiguità tiene a bada l'inquietudine generata dal vedere l'altro per ciò che è, avvolgendo l'incontro con l'altro nell'illusione dell'oggettività. La curiosità parla dell'altro come di un oggetto indifferente, di cui posso parlare da osservatore, come se fosse un oggetto le cui peripezie non *mi* riguardano.

Il conflitto con l'alterità è costitutivo dell'esistenza umana ed è il motore della costruzione della nostra identità. La presenza dell'altro pone costantemente ognuno di noi di fronte ad una situazione-limite (Jaspers, 1919), vale a dire a situazioni che mettono l'uomo di fronte al suo carattere contraddittorio, antinomico, conflittuale e che comportano, di per se stesse, sofferenza e incomprendibilità. Così l'altro si presenta per ciascuno di noi come indispensabile punto di orientamento per la costituzione del nostro specifico modo di essere, della nostra *ipseità*. Ma al tempo stesso l'altro si presenta come irraggiungibile e irriducibile al nostro desiderio. Infatti, non possiamo non tendere all'altro, e nel nostro tendere all'altro sperimentiamo l'altro come inattuabile (Ricouer, 1990). Questa esperienza si può dire in vari modi: scacco dell'incontro, irriducibilità dell'altro allo *stesso*, radicale alterità dell'altro, inconciliabilità tra l'altro e il mio desiderio. Uno dei possibili effetti di questa irriducibilità dell'altro, che noi tutti ben conosciamo, è la *sofferenza mentale*.

In questa chiave di lettura la patologia mentale può essere vista sotto il profilo dell'analisi del dialogo con l'alterità. La cura consisterebbe dunque nel tentativo di ristabilire questo dialogo e *la terapia è un dialogo che si avvale di un metodo*. Nella psicoterapia fenomenologico-dinamica, questo metodo è detto PHD, acronimo di *Phenomenology-Hermeneutics-(Psycho)Dynamics* (Stanghellini, 2015; Stanghellini, in stampa (a); Stanghellini, in stampa (b)). Il metodo PHD è composto di tre dispositivi:

Il *dispositivo P (Phenomenology)* si fonda sull'attenzione al vissuto dell'altro e consiste nel dare la parola al paziente, rendendo dignità alla sua esperienza – cioè alle sue percezioni, cognizioni, emozioni e desideri. Si cerca di *dispiegare* di fronte all'altro *la pagina della sua coscienza*, facendo emergere l'implicito dalle sue pieghe. Il fine è mettere il paziente in condizione di assumere una postura riflessiva rispetto al suo vissuto. Presupposto irrinunciabile di questo passaggio è la conoscenza dei contributi sviluppati dalla tradizione della psicopatologia fenomenologica a partire dalla *Psicopatologia Generale* di Karl Jaspers (1913).

Il *dispositivo H (Hermeneutics)* chiede all'altro di *prendere posizione* di fronte a quanto si va dispiegando. Ogni esperienza è l'esito di una (per lo più implicita) auto-interpretazione. In particolare, un sintomo è un tipo di auto-interpretazione in cui il paziente fissa in un unico significato l'esperienza dell'incontro con l'alterità. Si chiede all'altro di rendere esplicita la propria prospettiva, che include un'attribuzione di significato agli eventi, e la formulazione di un giudizio. Il fine è mettere il paziente in condizione di rimettere in moto un processo

[Digitare il testo]

dinamico, di tipo dialettico (risultante cioè dal gioco reciproco di più elementi in contrasto tra loro) nell'incontro con l'alterità che ha prodotto l'auto-interpretazione fissata e sventurata alla radice del sintomo.

Il *dispositivo D (Psycho-Dynamics)* colloca sia l'esperienza dispiegata da P, sia la presa di posizione esplicitata da H, in un contesto storico-narrativo. Rintraccia cioè la matrice di quell'esperienza, e del suo modo di fissarsi in un sintomo, in un passato che ha una sua storia specifica, altamente significativa per quel soggetto. L'obiettivo è quello di aiutare il paziente a ripensare se stesso e la propria esperienza psicopatologica alla luce di questo specifico passato, come uno dei possibili esiti di una storia altamente personale e non come una esperienza impersonale (come accade quando si considera il sintomo dal punto di vista esclusivamente somatico) o come una esperienza dotata di un unico e ineluttabile significato.

3. Il dialogo con patrizia alla luce del metodo P.H.D.

Il dialogo con Patrizia si realizza, di fatto, secondo una modalità lontana dalla chiacchiera, dall'ambiguità e dalla curiosità. Una modalità che, facendo attenzione ad un uso parsimonioso di questo termine, potremmo definire autentica. Né la paziente, né il terapeuta evitano di affrontare il problema posto dall'altro in quanto persona. L'atmosfera, fin dalle prime battute, mostra un attrito tra i due (Rossi Monti, 2014)

Dispositivo P

La seduta inizia, infatti, con la paziente che, non senza ostilità verso il terapeuta, racconta <<[l]'altra volta me ne sono andata da qua un po' dispiaciuta>>. Piuttosto che prendere immediatamente la piega di un'analisi della relazione terapeutica, e delle dinamiche del transfert, il discorso verte fin da subito sul mondo vissuto in cui si colloca il suo <<dispiacere>>, cioè sul modo di vivere il tempo della paziente. Quasi spontaneamente, Patrizia riferisce il suo duplice vissuto temporale: in seduta perde la cognizione del tempo (<<Quando sono qui non ho la più pallida idea del tempo>>), laddove invece nella vita quotidiana sembra ossessionata dal tempo che scorre (<<Io sono attentissima al tempo. Di solito ho il cellulare che è sincronizzato con il computer>>). Il suo dispiacere è conseguenza di un disallineamento tra il suo tempo e quello del terapeuta, e di un'incompatibilità tra il tempo della seduta e quello della vita.

Il terapeuta invita quindi la paziente a esplicitare le sue emozioni (<<T. E quindi è uscita dalla seduta...? P. Dispiaciuta T. Forse però anche molto arrabbiata. Almeno adesso la vedo così>>). Emozioni e vissuto temporale sono due facce della stessa medaglia. Durante la seduta Patrizia perde la cognizione del tempo. Ciò le consente di rilassarsi, forse anche di perdersi e di affidarsi; ma, al tempo stesso, le dà l'impressione di perdere tempo, che il gioco non valga la candela; cioè che la terapia, le <<banalità>> dette dal terapeuta, le sue amnesie, ecc. non valgano il suo tempo, che dovrebbe essere impiegato più proficuamente. Questa ambivalenza della paziente riguardo al suo modo di vivere il tempo della seduta la conduce alla soglia di uno spunto persecutorio: <<Poi vengo qui e ho la sensazione che lei cerchi di farmi fare tardi apposta!>>.

Fuori dalla seduta il tempo della paziente, invece, è ossessivamente regolato. Ma anche nel caso della vita extra-seduta (come emergerà con chiarezza dagli incontri successivi), il tempo vissuto della paziente ha una struttura per così dire dicotomica: intercalate nel tempo militare dello studio e del dovere ci sono isole atemporalmente rappresentate dalle sue <<nottate alcoliche>> e dalle <<abbuffate>>.

[Digitare il testo]

Il discorso sul tempo vissuto della paziente conduce all'esplicitazione di un ulteriore aspetto del suo mondo: l'altro. Il terapeuta le suggerisce come lei vive l'altro: <<[i]n certi momenti lo sente affidabile e in altri inaffidabile>>, e che lei probabilmente si chiede <<se l'altro è affidabile oppure no>>. Patrizia risponde: <<Sì, è quello che succede>>, e il terapeuta conclude che <<[c]i sono tutte e due le facce della medaglia>>. Affidabilità e inaffidabilità dell'altro vanno di pari passo con il vivere il tempo in maniera rilassata oppure ossessiva. Vivere il tempo in maniera rilassata le consente di abbandonarsi alla conversazione terapeutica, senza irritarsi per le frasi banali e ripetitive del terapeuta. D'altra parte, quando pare che si rilassi fuori dal tempo della terapia ciò corrisponde a una totale perdita di controllo, cioè a un'incapacità di stare a una giusta distanza dall'altro, quindi dalla fiducia e dall'abbandono.

Fin qui, il terapeuta ha condotto la paziente in un'esplorazione del suo mondo vissuto prendendo come spunto qualcosa che è accaduto durante una seduta di terapia. Lungi dal fornire un'interpretazione, cioè dal sovrapporre la sua parola a quella della paziente, oscurando la seconda con la prima, il terapeuta dà la parola alla paziente. Lungi dallo spingere il discorso nella profondità di ciò che per la paziente è ignoto e inconscio, accompagna la paziente nel dispiegamento della pagina della sua coscienza. Quanto emerge è il modo vissuto della paziente, articolato nelle sue strutture esistenziali, vale a dire il suo modo di vivere il tempo e l'altro.

Dispositivo H

Il passo successivo consiste nell'invitare la paziente a prendere posizione di fronte al suo mondo vissuto (Dispositivo H). Il terapeuta fa questo dando per così dire il buon esempio, e cioè esplicitando la propria posizione di fronte al tema di ciò che utile e ciò che è inutile, e di ciò che è banale o non lo è.

<<Abbiamo parlato di cose utili – dice il terapeuta. Lei prima citava le cose inutili, il mio ripetere cose banali. Qui si tratta di capire *in base a quali criteri pensiamo che una cosa sia utile o meno* [nostro corsivo]. Per me ad esempio ripetere una cosa è di straordinaria importanza, nel senso che se uno viene qui tutte le sedute a parlarmi della stessa cosa io penso che questo dà la misura di quanto questa cosa è importante per lui. Magari la stessa cosa detta una tantum non fa lo stesso effetto. Ripetere le cose non è solo una cosa inutile. Può anche essere molto utile. Penso anche che ripercorrere un certo percorso mentale, di cui magari abbiamo già parlato, possa essere un modo per consolidarlo. Certo, tutto questo lascia aperto il problema di quanto fosse inopportuno, in una situazione con cui lei aveva molta fretta, dedicare tempo a questo tema>>.

Quali sono i suoi criteri – chiede il terapeuta - per definire qualcosa utile o inutile?

Non crede che potrebbe essere utile anche a lei ripetere le cose - cioè ri-raccontarle, invece che ri-metterle in atto – per consolidarle?

Il terapeuta, cioè, esplicitando i propri valori, invita Patrizia a fare altrettanto. La invita, dopo averla accompagnata a dispiegare il campo dei propri vissuti, a prendere posizione nei loro confronti formulando un giudizio di valore sul proprio modo di fare esperienza e sulle proprie azioni. Il terapeuta sa bene che Patrizia ha un giudizio negativo nei confronti delle ripetizioni, perché rappresentano per lei una perdita di tempo e un motivo di irritazione, noia, rabbia. Ma il terapeuta si pone nei confronti della ripetizione in un'altra prospettiva, e invita la paziente a provare anche lei farlo, a fornire un'altra lettura della <<ripetizione>>, a darne un'altra interpretazione. Diremmo qui che, secondo questa nuova lettura, che l'azione compiuta dal terapeuta *non* è una ripetizione, bensì una *ricapitolazione*. La ripetizione è reiterazione dell'uguale, la ricapitolazione invece introduce nuovi elementi, a volte quasi impercettibilmente, attraverso il racconto. Il raccontoinfattinon è mai innocente (Ricoeur,2013) nel senso che ogni raccontare implica la assunzione di un particolare punto di

vista. Inoltre, la ricapitolazione è l'embrione della mentalizzazione (Fonagy, Target, 2001) vale a dire della possibilità di rappresentarsi i propri stati mentali (e quelli altrui) e di pensare a se stesso (e all'altro) come persona, agente autonomo che agisce sulla base di propri stati mentali. Si sviappa così un abbozzo di articolazione narrativa delle proprie esperienze e delle proprie azioni, cioè l'esatto contrario, l'antidoto, della coazione a ripetere tali esperienze e azioni. Nel caso di Patrizia, ricapitolare ha un duplice valore. In primo luogo, introduce (come abbiamo visto fin qui) nuovi elementi e una nuova prospettiva sui <<fatti>> della sua vita. E' possibile raccontare altrimenti le stesse peripezie, assumere un nuovo punto di vista su di esse. Inoltre, come dice il terapeuta, il racconto <<consolida>> una sequenza temporale che nella vita di Patrizia risulta invece interrotta e frammentata quando ella deroga al tempo ossessivo della doverosità. Il tempo di Patrizia non sembra scorrere fluidamente e con continuità. O lei lo tiene sotto controllo *more militari*, oppure perde il controllo sul tempo e si ritrova a vivere situazioni di cui non conserva memoria. Tenere a mente il tempo è, per Patrizia, un compito, non una cosa che va da sé. Il tempo della narrazione può supplire a questa carenza di continuità temporale che sembra affliggere la sua vita, rendendola rigida o riducendola in frammenti (Muscelli, Stanghellini, 2012).

Un'analogia nuova ermeneutica è richiesta dal terapeuta alla paziente immediatamente dopo questa rilettura della ripetizione. La nuova interpretazione verte adesso sul concetto di <<utile>>: <<E poi utile o inutile? Mi vengono in mente sedute di qualche mese fa in cui lei diceva: "Io *devo* studiare. Qualsiasi cosa che non mi aiuta a studiare è inutile". Oggi mi pare che questo problema non abbia più quella forma. La questione dell'utilità dello studiare è entrata un po' in crisi, tanto che ora le sembra utile ora andare a fare una prova per un lavoro... A proposito: non mi ha detto come è andata>>.

Si affaccia l'idea che, accanto dell'utilità dello studio, ci sia un'altra forma di utilità nella vita della paziente, rappresentata da ciò che lei più disprezza: abbandonarsi. E tuttavia ciò a cui riesce ad abbandonarsi non è la relazione con l'altro, ma solamente le sue abbuffate e le sue serate alcoliche. Si fa strada, cioè, il significato di questo abbandonarsi – il significato del suo sintomo. Il sintomo non è semplicemente un parassita, ma ha una ragion d'essere nell'economia della vita della paziente. Fa parte della sua vita, anche se si presenta, apparentemente, come un corpo estraneo, cioè come un'alterità con la quale non è possibile dialogare, non integrabile nel disegno generale dell'identità di Patrizia. L'utilità del sintomo è il suo manifestare l'impossibilità di una vita regolata dal tempo della performance e dell'efficienza, in cui l'altro ha spazio se e solo se sta ai tempi ed è funzionale a questi valori. Il sintomo di Patrizia condensa due aspetti dell'abbandono: l'uno negativo, perdere pericolosamente il controllo, abbandonarsi senza freni alle proprie pulsioni, l'altro positivo, uscire dal regime di un tempo governato dalla prestazione e dalla doverosità. L'analogia tra il tempo <<perso>> delle abbuffate e delle nottate alcoliche e quello delle sedute di psicoterapia inviterà la paziente, nel prosieguo della terapia, a rivedere la sua gerarchia dei valori, a riconsiderare la proporzione tra il tempo della relazione gratuita con l'altro, e quello <<utile>> della prestazione, della tensione verso il risultato, e in ultima analisi del controllo e del potere. In modi diversi, certamente, ma sia l'altro incarnato dal terapeuta, sia l'altro in quanto occasionale compagno di eccessi, non si lasciano risolvere nel regime dell'io di Patrizia. Entrambe questi tipi di relazione mettono in moto un'autonegazione, uno svuotamento. In entrambe è presente una positività che consiste esattamente nel sottrarre Patrizia all'inferno dell'uguale (Byung-Chul Han, 2012), vale a dire alla tendenza "infernale" per la quale le cose si ripetono sempre nello stesso modo, enel chiamarla in causa, in maniera estrema e drammatica, di fronte all'altro: l'incontro con l'altro nella sua alterità sottrae Patrizia alla ripetizione dell'identico.

Evidentemente, ci sono delle differenze sostanziali che vengono alla luce avendo presente il concetto di *intimità*. Intimità significa condivisione di un'esperienza non mediata da quel tipo

[Digitare il testo]

di linguaggio che è veicolo di informazioni, ma piuttosto da uno scambio linguistico non lineare, associativo, apparentemente senza scopo, avviluppato in un'atmosfera di familiarità. Spesso quello che crea intimità è il tono della voce, più che il suo contenuto. Intimità è un'esperienza di intesa, che non coincide con la sessualità o la sensualità, e che non è equivalente alla fusione (che è invece il disperato tentativo di riempire tramite l'altro il vuoto lasciato dall'assenza del proprio sé), o a qualche forma di confessione (che è invece la ricerca di riconoscimento, compassione e perdono da parte dell'altro mediato dal proprio racconto). Intimità è una risonanza tra la mia esperienza interiore e la risposta dell'altro. E' l'incontro di due solitudini, essere-soli-insieme ad un altro (*aloneness-togetherness*, [Meares,2000]), attraverso la quale emerge e si rafforza il mio senso di essere un sé.

Attraverso l'esperienza della <<inutilità>> delle conversazioni terapeutiche si fa strada in Patrizia il significato e il valore – dunque l'utilità - del <<perdere tempo>>, e l'esperienza del tempo incalcolabile, immateriale, improduttivo (nel senso della prestazione) che accompagna l'esperienza dell'intimità lentamente dissocia quest'ultima dal tempo della sensualità, della fusione e della confessione.

Dispositivo D

Il terzo modulo, che chiamiamo D da *psycho-dynamics*, chiede infine l'articolazione storico-dinamica dei vissuti emersi nel percorso svolto fino a questo punto. Nel dialogo clinico in oggetto il modulo D è rappresentato dall'osservazione del terapeuta: <<A me pare però che in certi momenti lei porti qui la sua sfiducia, anche totale, in altri invece un atteggiamento fiducioso. *Una condizione che mi ricorda quello che mi raccontava a proposito di come viveva ciò che accadeva in casa quando era ragazzina, con i genitori. Quando mi diceva che a casa succedevano cose che lei non riusciva bene a decifrare, che non capiva che cosa fossero.* Mi immagino che adesso lei senta di essere in un periodo della vita piuttosto difficile nel quale ha bisogno di una psicoterapia e però, nel mentre porta avanti questa situazione, è abbastanza tormentata dal non sapere bene se la situazione specifica nella quale si trova va bene oppure no, se è affidabile oppure no, se l'altro è affidabile oppure no... In certi momenti lo sente affidabile e in altri inaffidabile>>.

Questa osservazione, nella quale la paziente immediatamente si riconosce, riconduce una situazione attuale ad una situazione paradigmatica del passato. Come in un paradigma verbale, in cui i verbi si declinano a partire da una matrice comune, così le situazioni si declinano sulla base di una matrice esperienziale paradigmatica. Questa condizione paradigmatica che affonda le radici nel passato nella vicenda infantile di Patrizia non ha tanto, nella prospettiva del metodo PHD, un valore patogenetico, utile cioè a spiegare la genesi della patologia, quanto piuttosto una funzione euristica utile a individuare un modo tipico o paradigmatico di porsi di fronte a ciò che accade nel mondo e che tende a ripetersi nel corso della storia di vita della paziente. Lo scopo quindi non è quello di fare una ricostruzione archeologica, cioè rintracciare un'*arché*, una causa remota, un fatto che può essere cronologicamente ipostatizzato, un trauma che spieghi causalmente gli eventi che ad esso succedono (Agamben, 2008). Piuttosto, un fenomeno viene individuato come paradigmatico in quanto permette a altri fenomeni di diventare intelligibili rinforzando la coerenza del sistema. Non si tratta di individuare un fenomeno cronologicamente originario, quanto piuttosto un fenomeno utile a strutturare un paradigma di riferimento nella storia di vita della paziente. Un fenomeno paradigmatico può trasformare una congerie di altri fenomeni a prima vista irrelati tra loro in una *Gestalt* di fenomeni significativamente correlati. La discrasia fiducia-sfiducia trova dunque il suo esempio paradigmatico nei rapporti con i suoi genitori. Il terapeuta non si dilunga su questo, ma sarebbe facile mostrare come in questo paradigma si possano rintracciare sia la matrice della discontinuità temporale, sia quella della <<bipolarità>> emotiva, vale a dire di quella <<piccola>> bipolarità (per contrapporla al

[Digitare il testo]

Disturbo Bipolare vero e proprio) caratteristica dei pazienti borderline le cui emozioni sono altamente instabili tanto da oscillare in maniera poco prevedibile tra polarità estreme. Quando si sente riconosciuta dal genitore può abbandonarsi, vivere un'esperienza di fiducia e di intimità, perdersi in un tempo che non è quello della prestazione, della sensualità o della confessione. Quando, invece, non si sente riconosciuta l'abbandono non è possibile, prevalgono la sfiducia, il controllo, e una modalità temporale necessariamente orientata al dovere, al raggiungimento di uno scopo. L'unica soluzione al dominio del tempo della prestazione rimane, così, il tempo sospeso delle abbuffate e delle nottate alcoliche.

Si potrebbe concludere che il paradigma della condizione psicopatologica di Patrizia, in maniera un po' sbrigativa attribuita alla forma nosografica del Disturbo Bipolare in virtù dell'oscillazione tra fasi di disinibizione e di ipercontrollo, sia rappresentata da una interruzione del dialogo con l'alterità – nelle due forme della propria vita emozionale e del rapporto con l'altra persona. La ripresa di questo dialogo, nel modello di una psicoterapia fenomenologico-dinamica, è resa possibile attraverso un percorso psicoterapeutico che si snodi attraverso i tre dispositivi fondamentali descritti (PHD).

Bibliografia

Agamben G., *Signatura rerum. Sul metodo*. Torino, Bollati Boringhieri, 2008

Byung-Chul Han (2012), *Eros in agonia*, Nottetempo, Roma, 2013

Fonagy,P., Target,M. (2001), *Attaccamento e Funzione Riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano.

Heidegger M. (1927), *Essere e tempo*, Longanesi, Milano, 1976

JaspersK. (1913), *Psicopatologia Generale*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1964

JaspersK. (1919), *Psicologia delle visioni del mondo*, Astrolabio, Roma, 1950

Meares R. (2000), *Intimità e alienazione*, Cortina, Milano, 2005

Muscelli C., Stanghellini G., *Istantaneità. Cultura e psicopatologia della temporalità contemporanea*,Angeli, Milano, 2012.

Ricoeur P. (1990), *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano, 1993.

Ricoeur P., *Anthropologiephilosophique*, Seuil, Paris, 2013

Rossi Monti M., Borderland: per una fenomenologia del clinico. In: M.Fontana, S.Zito (a cura di) *La patologia borderline in psicoanalisi. Modelli per l'intervento*. FrancoAngeli, Milano, 2014.

Stanghellini G., Psychopathology of the present: the case of gender dysphoria, *Journal of Psychopathology* 2015;21:311-317.

Stanghellini G., PhenomenologicalPsychopathology and Care: From Person-Centered Dialectical Psychopathology to the P.H.D. Method for Psychotherapy, in *An ExperientialApproach to Psychopathology*, a cura di G. Stanghellini e M. Aragona, Springer, Heidelberg/New York, in stampa (a)

[Digitare il testo]

Stanghellini G., *We are dialogue*, Oxford University Press, Oxford/New York, in stampa (b)