

LA CARNE TRASFIGURATA

Note per una cura fenomenologica delle Dipendenze

FRANCESCO GRIECO, CARLO PASTORE,
EDOARDO VIVARD

*Alla memoria di Lorenzo Calvi.
Maestro della trasparenza e della carne.*

“Dipendenza patologica” come struttura essenziale – *psicopatologica*, appunto – della Contemporaneità?

È a partire da questo quesito che tenteremo un’ esplorazione delle potenzialità “terapeutiche” di una clinica fenomenologica diretta a forme *gravi* di dipendenza. In altri termini, vogliamo verificare che spazio può essere riservato a una *cura*, fenomenologicamente orientata, di pazienti difficili, affetti da una psicopatologia da “dipendenza” (il virgolettato esprime un certo qual senso di insofferenza per una terminologia convenzionale che appare generica, ambigua; in una parola: *insoddisfacciente*)¹.

La condizione tossicomantica presenta aspetti critici che ne condizionano in primo luogo il trattamento. Ad esempio, il fatto che il “*sintomo*”-*dipendenza* evochi e sanzioni un godimento radicale che va ben al di là dei vantaggi, primari o secondari, offerti da altre patologie psichiche. Ma, soprattutto, ci troviamo a contattare un nucleo duro, la lan-

¹ Le esperienze di cura riferibili ad ambiti fenomenologici sono state orientate, in maggior misura, verso condizioni cliniche gravi, in pazienti spesso molto compromessi e multiproblematici. Si fa qui particolare riferimento a una cura fenomenologica in certo modo “pura”, quindi non integrata con modelli differenti, operazione del resto legittima e coerente. In linea generale, pensiamo che a un disturbo strutturato occorre rispondere con un intervento strutturato e viceversa.

da oscura dell'*insignificanza* che si oppone al senso con il suo apparato di meccanismi elementari; per quanto tale aspetto non sia ascrivibile in modo esclusivo alle dipendenze, pur tuttavia è proprio in esse che ritroviamo al massimo grado questa ostinazione irriducibile. Irritato in cogenti automatismi, il nostro paziente viene assorbito in buona parte nel viluppo di una ripetitività obbligata che lascia l'esistenza immiserita, depauperata.

Il terapeuta che prova a districare questo groviglio viene risucchiato dentro un effetto da "coperta troppo corta": laddove prova ad affrontare il senso, lascia scoperto l'"insensato", che prima o poi riemerge violentemente, con tutta la terribile energia di cui dispone. Se, al contrario, ci si concentra su quest'ultimo, si rischia di affidarsi e consegnarsi a un intervento semplicemente contenitivo che lascia immutate molte dinamiche profonde. Se nelle forme lievi e moderate qualche soluzione è possibile anche in un semplice *setting* psicoterapeutico "classico", in quelle gravi i problemi si infittiscono e spesso occorre far ricorso a interventi integrati, multifocali.

Una cura fenomenologica ci sembra – ed è questa la nostra ipotesi – una via praticabile, percorribile anche perché alle forti emozioni contattate con questi pazienti non sempre si può rispondere con le linee-guida, i protocolli e le tecniche della convenzione psicoterapeutica, che qui a volte acquistano risonanze inopportune, ponendosi come una retorica estrinseca e da intrattenimento psicologico rispetto alla tragica rilevanza dei vissuti sperimentati e sofferti.

In pratica, è fondamentale partire da una visione complessiva, dall'intenzionare una psicopatologia configurata in un ordinamento "nosologico" specifico, costituito da dipendenza, patologia psichica e altre eventuali componenti, tutte ormai solidamente innestate una nell'altra in una maniera non più districabile.

Ora, come definire questo nocciolo duro avvertibile nel sintomo *a-semantico* della dipendenza?

Ci soccorre qui Lorenzo Calvi, con la sua affascinante riflessione sulla Carne:

Alle due note epifanie della corporalità (intesa come dimensione fondamentale dell'esistenza, accanto alla temporalità ed alla spazialità), il corpo oggettivo (Koerper) ed il corpo soggettivo (Leib), io ritengo che si debba parlare anche di una terza epifania, la carne, anonima come il Koerper, irreali come il Leib.

Sul piano eidetico, la carne è l'intuizione del magma fecale e viscerale. Sul piano ontologico, è lo stato originario, preintenzionale e pretematico del corpo, di cui, nella cultura occidentale,

conosciamo la tematizzazione della tradizione giudaico-cristiana con tutto il suo correlato d'impurità e di pesantezza, di peccato e di colpa. Il consumo del corpo è consumo del Leib ad opera della carne.

Sul piano trascendentale la carne è il luogo della mortalità.

(vd. Di Petta, 2010, p. 87, nota 10)

Quel nucleo di resistenza contratta che caratterizza l'ostinazione sintomatologica della dipendenza – riprendendo le succitate suggestioni – ci pare un'incarnazione di questa descrizione, il limite su cui si infrangono molti tentativi di trattamento; su di esso non ci è concesso di agire oltre misura, almeno in prima battuta. Solo in un "certo modo", come per esempio con misure "fisiche" – corporee, appunto – oppure "chimiche": «Non ho mai trascurato l'uso di psicofarmaci, persuaso come sono che soltanto essi possono raggiungere il nocciolo duro della carne» (Calvi, 2009; ora 2013, p. 41). Eppure «la vicenda trascendentale del conflitto tra la carne ed il corpo-persona [... può essere oggetto di] intuizione eidetica, perché è metastorica ed estetica e quindi potenzialmente transpersonale» (ivi, p. 34). Esito di quel conflitto è una *trasparenza* che mostra eideticamente – e i vissuti corporei del paziente esibiscono e confermano tale fenomeno – «con quali caratteristiche (il corpo) si era assottigliato» (p. 40).

Poi, nel lavoro clinico prolungato, il *consumo del corpo* (nelle differenti accezioni cui può alludere questa espressione) fino alla sua estrema trasparenza, e quindi alla sua vulnerabilità, fa emergere il suo *alone*, che interagisce con l'alone carnale del terapeuta, dove si concentra la sua «intenzionalità curativa con un lavoro continuo di *epoché* escludente ogni altra intenzionalità» (p. 41). È la metamorfosi positiva che comincia a sostituire quella negativa.

È qui che si inserisce il tema della Carne nel nostro paziente "dipendente", in cui essa assume la valenza di luogo del godimento insopprimibile, dell'asservimento totale incontenibile e mortificante; ma, allo stesso tempo, di una sofferenza irredimibile, impronunciabile, che lacerava i tegumenti profondi di un corpo martoriato che anela e spasima. Una carne assetata, affamata, alla quale nessuna redenzione è concessa; e questa condizione di abbruttimento intrascendibile fa languire, finché si apre, inaspettato e contingente, uno spazio diverso, un attimo di smarrimento che placa i tetri furori e fa lampeggiare una fugace trasfigurazione che per un istante sembra quasi a portata di mano.

La soggettività "dipendente" sembra essere, in un modo particolare, una soggettività *transitiva*, incompleta, ma nel senso che non può pen-

sarsi senza riferirsi ad altro, a un oggetto (sostanza, azione o persona, ma *cosalizzata*) che lo completa, ma a quell'unico oggetto (o campo oggettuale) parte di una heideggeriana catena di rimandi *interrotta*. Interruzione, quest'ultima, niente affatto prodotta dai modi difettivi del prendersi cura preveggenza (i modi heideggeriani della *sorpresa*²), bensì si tratta di un'interruzione costitutiva di un progetto che trova nella *sostanza* la propria possibilità di manifestazione, un progetto consegnato a una tragica paradossalità: un progetto che progetta la propria insensata gettatezza. Da qui la particolare intenzionalità che lo caratterizza: si è dipendenti *da*, e la perdita della preposizione farebbe venir meno la stessa dipendenza. Il *da*, da cui si avviano e a cui fanno ritorno tutti i modi dell'esistenza dipendente – oltre a rappresentare in genere forme degradanti e distruttive dell'esperienza umana, genericamente “dannose”. Forme degradanti e distruttive che svelano il “nocciolo duro della carne”, traendolo dall'oscuro silenzio della notte per consegnarlo alla luce insensata di un giorno senza fine. Il *da* – dicevamo – nelle sue varie versioni fenomeniche, rappresenta anche ciò che di fatto consuma la persona dipendente, ma questo *consumo*, sottraendosi alla sua valenza metaforica, getta la presenza nel registro della cosa usurata, di ciò che *resta*, di una *restanza*³. Parafrasando un'importante riflessione di L. Calvi, potremmo avanzare un'immagine del soggetto dipendente che, in quanto incompleto, consuma esperienze da cui al tempo stesso viene consumato. In questo senso la modalità ultima ed essenziale della dipendenza sembra consegnarci più che un *essere-per-la-morte* un *essere-con-la-morte*, con tutte le inevitabili differenze e conseguenze che un “semplice” cambio di preposizione può inaspettatamente dispiegare.

Questa transitività essenziale, cui si faceva prima riferimento, può essere paradossalmente anche una chiave per la cura, in quanto il terapeuta, sia pure con minore intensità e a fatica, può inserirsi nel tempo al posto dell'oggetto completante e avviare una dinamica interpersonale foriera di esiti imprevedibili. La coazione *verso qualcosa* sarebbe mo-

² Cfr. Heidegger, 1927, cap. 3, § 16, pp. 99-104.

³ «[...] Si tratterebbe proprio di sottrarre un resto, il resto, i resti, sia al *buon senso* così ben spartito, sia al *logos* della logica come ragione calcolante e dunque all'economia che spartisce simile *onto-logica* che considererebbe il resto come un essente, cioè come *qualcosa* (*res, ni-ente*) – essenza, esistenza, sostanza, soggetto –, Cosa o Causa che, ancora, in una forma o nell'altra, resterebbe da essere o resterebbe all'essere. Occorrerebbe pensare un resto che non è né non resta (niente), un *resto senza niente*, un resto senza *res*, quanto un tempo mi ero arrischiato a chiamare la *restanza* di un resto senza niente che *sia*, niente di sussistente, di esistente, di persistente, di permanente, di sostanziale. Né soggetto né oggetto» (Derida, 2015, pp. 22-23).

dulata, prenderebbe forme meno cogenti e suscettibili di “completare” il paziente in una maniera forse *sensata* che lo renderebbero competenti a indirizzarsi a relazioni interpersonali caratterizzate da una “sana” *inter-dipendenza*.

La cura fenomenologica – come già detto – intenziona in particolare, per origine storica, il mondo psicotico, e comunque i casi gravi. Non che non possa, in assoluto, affrontare disturbi di area nevrotica, ma in questo caso ci si scontra con alcune criticità: infatti queste forme di disagio necessitano di *setting* piuttosto rigidi, in cui diviene necessario quel sistema di regole che noi ascriviamo generalmente al discorso della “tecnica”, pena un possibile effetto anti-terapeutico e collusivo che non garantisce in primo luogo il paziente. Il modo di articolarsi di *setting* e regole può poi essere più o meno variabile e permettere numerose eccezioni, a seconda della scuola di riferimento o della personalizzazione della terapia; il carattere “normaloide” di tali pazienti condiziona, quindi, la prospettiva di cura.

Nel nostro caso, quanto prima detto può ben riferirsi alle forme di dipendenza lievi o anche moderate. Al contrario, le forme cliniche gravi entrano con buone ragioni nel novero delle situazioni *elettivamente* compatibili con una prospettiva fenomenologica. Infatti, qui ci troviamo a contattare forme di esistenza radicalmente compromesse, con problematicità multiple. Come per le psicosi, nelle quali l'intervento, più che tecnico, è volto a umanizzare il paziente, vittima di un restringimento esistenziale estremo, nelle dipendenze gravi c'è una sofferenza, magari occultata parzialmente dalla sostanza, che necessita prioritariamente di un *avvicinamento ravvicinato* tra esistenze diverse; questa prospettiva richiede *setting* variabili e, magari, multipli, messa in discussione di procedure manualizzate e spersonalizzanti, per poter infine recuperare i grandi traversamenti esistenziali assopiti. Nelle fasi attive di dipendenza, in particolare, si assiste a una perdita *radicale* di mondo che richiede grandi sforzi per aiutare il paziente a ritrovare il suo centro vitale⁴.

Il punto di partenza non può che essere, e più che mai in questi casi, la relazione dialogante che «muove sì dall'onticità delle due esistenze ma si costituisce solo tra loro [...] cioè nel trascendimento di entrambe» (Callieri, 2000-2001). Per il grande psichiatra italiano, riferendosi a

⁴ In merito allo specifico psicopatologico della dipendenza da eroina, in primo piano sembrano ritrovarsi la figura freudiana del “sentimento oceanico”, nei termini di una condizione di solubilità dell'Io dentro l'immota beatitudine “senza memoria né desiderio” di una desertificazione panica.

Viktor von Waizsäcker, questo è il significato centrale e fondativo di una cura.

Nella sua prospettiva anti-idealistica centrata su una visione patetica e non ontica dell'esistenza umana, l'incontro assume il senso di un apriori, accadimento originario; che solo secondariamente prende espressione nelle sfere linguistiche, sensoriali, motorie, emotive, logiche. (ibid.)

L'inizio sta interamente nel reciproco avvicinamento, anche nei suoi esiti più estremi, e tocca il problema fondamentale dell'empatia.⁵ Tutto il tema, in gran voga ai nostri giorni, dell'alleanza terapeutica, chiama in causa qui una possibilità di portata inusitata.

Naturalmente il primo grumo roccioso che si è chiamati a dissodare è quel muro infrangibile costituito dalla dimensione attiva della dipendenza, vale a dire dallo spossessamento di un mondo che vincola l'esistenza a una ripetizione circolare priva di senso, in cui ci si orienta con l'ausilio – incerto e instabile – di una intenzionalità semplicemente percettiva. Solo una restituzione di mondo può rendere al paziente una dignità, pur nella sofferenza, che lo affranchi e lo immetta nel circuito del senso. Ma questo processo non è agevole. Occorre in primo luogo ricostituire un tessuto emozionale e relazionale in un clima dominato da sentimenti elementari.

Solo l'apparire dell'altro trasforma dunque una pulsione, priva di riferimento oggettuale, in un desiderio intenzionale, caratteristico del soggetto personale. (Costa, 2009, p. 122)

Quindi, è soltanto il confronto con un'alterità estrinseca eppure complicata che può liberare, per quanto a fatica e con sforzo, dalla selva di un'esistenza automatica in direzione di una condizione di umanità piena e, potenzialmente, realizzata. Ma il sentiero emancipativo è lungo e impervio.

Costituita la nuova condizione duale di curante e curato, nell'incontro empatico e nella reciprocità, il processo si anima con l'applicazione del più rigoroso metodo fenomenologico. Ma occorre prestare attenzione affinché l'empatia non sia una nostra costruzione immagina-

⁵ Cogliendo una suggestione di Roberta De Monticelli rispetto all'empatia estetica – che «è sentirsi completamente uno con il percepito, è il dischiudersi completo di me stesso in quello che percepisco e vivo, e questo sulla base del percepito stesso» (1995, p. 121) –, si potrebbero estendere queste parole alla fase costitutiva di una relazione di cura.

ria, proiettiva, perché in questo caso essa non sarebbe «un'esperienza dell'altro [...] bensì] *una distruzione dell'esperienza dell'altro*, con la conseguenza che, dove la nostra esperienza è distrutta, *il nostro comportamento sarà distruttivo*» (ivi, p. 115). Inoltre «la costituzione del rapporto intersoggettivo [...] non è pura passività sensoriale, ma *lettura del comportamento altrui*» (ivi, p.133; corsivi nel testo)⁶.

Il gioco terapeutico si svolge nel basculante bilanciamento tra l'accensione ciclica del *pathos* e l'elemento integrativo di contenuti; in altri termini, tra i *puri vissuti* e la loro *comprensione* resa possibile dall'*epoché*, la quale instaura un certo sapere denudato dello sfarzo ingannevole dei paramenti del pensiero: una “nuda conoscenza”. In primo luogo per *rianimare la Carne*, e quindi per entrare in un Altro Mondo.

Richiamiamo qui la distinzione di Aldo Masullo tra *significato e senso*, che corrisponde a quella tra *esperienza e vissuto*. La prima riguarda la rappresentazione (la cognizione), quindi i fenomeni intenzionali, semantici; il secondo la *fattualità* del patico, il *tempo* del cambiamento. Una *fenomenologia del patico*, dell'emozione vissuta genera un “sapere del senso” che possa rappresentare un antidoto alla deprivazione emozionale che caratterizza l'atteggiamento di fondo, psicologico e morale, contemporaneo.

Nell'età della tecnologia trionfante il pericolo supremo sta nel cedere all'indifferenza del sentire, all'insensibilità emozionale, e nel non inorridire dinanzi al vuoto dell'assenza di sé. (Masullo, 2003, p. 151)⁷

Il fenomeno della Carne, su cui ci siamo soffermati, rappresenta quindi fondamentalmente il non-simbolizzabile, il luogo infero in cui dominano comportamenti elementari, assemblati nelle figure caratteristiche dell'automatismo, della ripetitività coatta, della non-relazionalità, della voracità. Il terapeuta che incontra, con la sua coscienza coltivata fenomenologicamente, queste figurazioni eccentriche, prova a ricrearne un'immagine attraverso il suo *metodo* fondante, la riduzione eidetica. Immagini metaforiche che attivano, nel paziente, livelli di complessità superiore implicati nel gioco relazionale ed emozionale, quindi effettivamente in grado di avviare un processo virtuoso.

⁶ Dal momento che, seppure in modi differenti, quanto detto interessa entrambi gli attori della cura, gli aspetti sottolineati rimandano, nelle psicoterapie “tecniche”, all'attenzione sulle funzioni metacognitive.

⁷ Un aspetto qualificante affrontato da tutte le scuole di psicoterapia è quello relativo al tema alessitimico, marcatore della psicopatologia nei tempi attuali.

Il pensiero metaforico, con le sue luminose multivalenze, diviene lo “strumento” da lavoro essenziale, perché più accosto alla sapienza del corpo, perché tra gli attrezzi del mestiere esso si presta a scardinare e-quivoci e a perlustrare, circospetti, l’orizzonte⁸.

Una volta attivati i vissuti profondi, giunge il momento dello scambio di questi tra gli agenti della cura, la tensione produttiva del senso e la messa in relazione di esperienze, all’interno di un’atmosfera empatica, non giudicante, di ascolto rilassato. La condivisione diviene, anche nel paziente, capacità di collocarsi mentalmente nell’altro, di sintonizzarsi su emozioni proprie e dell’*alter ego* terapeutico.

Ora, quali modi della coesistenza caratterizzano proprio questa singolarità *incarnata*? E, in particolare, che configurazione assume la relazione con l’oggetto-sostanza e con l’altro inteso come *Mit-einander-sein*, cioè *l’Io-Tu-incontrantisi*?

Quando si rivolge al clinico, tendono a prevalere nel paziente, all’interno di un’ambivalenza strutturale, modalità intenzionali che potrebbero farci pensare a una configurazione fobica rispetto alla sostanza. Troviamo «implicazioni relative allo spazio vissuto, alla distanza, al contatto, alla fisionomizzazione del percepito» (Callieri et al., 1972, p. 261), per cui essa (la sostanza) deve essere tenuta lontana perché temuta in quanto dannosa, mortale. Persino gli ambienti e le persone collegate all’esperienza della dipendenza vengono percepiti come rischiosi e da escludere dal proprio mondo. In questa fase sono presenti modalità intenzionali rispetto alle quali anche la “roba” può essere detta, pensata, vissuta, lavorata, significata; non resta al di là, nella sfera dell’inintenzionale, ma pare far parte anch’essa del processo di “umanizzazione” che l’apertura del discorso terapeutico avvia. Sappiamo tuttavia che la stessa sostanza permane nello sfondo con la sua capacità di richiamo; pur conservando un significato mortifero, ne ha anche uno vitale, necessario.

Nell’allontanarsi dalla dipendenza il soggetto – potremmo dire così – “perde carne” e acquista corpo – *ex-siste* e non *in-siste* –, si oppone alla sua gettatezza deiettiva, ma nel riavvicinamento si re-impone una dittatura della carne, che in modo dirompente ri-sottrae la singolarità a quel lento processo di umanizzazione nel linguaggio costituito dalla psicoterapia, per riconsegnarlo alla dimensione inintenzionale del puro materico. In questo senso le dipendenze gravi rappresentano una sfida

⁸ Si fa qui riferimento a metafore interne al pensiero simbolico, vale a dire a un sapere precategoriale in cui «*il simbolo è anche concetto*: un concetto inseparabile dall’intuizione, e che quindi indica una strada per indagare i modi di relazione tra l’esperienza e il giudizio» (Franzini, 2008; corsivo nel testo).

ardua al terapeuta fenomenologo interessato a rilevare e a condividere mondi, sempre, anche nei casi più estremi di alienazione di questi stessi mondi; la presenza tossica sembra invece de-psicologizzarsi, disantropizzarsi per riposizionarsi a un livello prelinguistico e *preterintenzionale*. Nel puro attualizzarsi in cui la sostanza è *ora e qui*, presente temporalmente e spazialmente, sembra svanire la *retentio* del danno, del dolore, del pauroso disfaccimento e smarrirsi la *protentio* di un progetto salvifico di affrancamento. La sua mera datità pare imprescindibile, la sua immanenza sofferta impossibilità di trascendimento. La carne *ha*, ottiene la sua sostanza e il corpo perde la sua tensione alla significazione, consuma l'ennesima intenzione lasciando delineare forse l'unica e ultima sua possibilità, nell'essere, non autentico, per la morte. Se il terapeuta in questa visione "combatte" la sostanza, vuole sconfiggerla, sostituirla, dovrà necessariamente accettare la sfida di un incontro incarnato, dominato da "buchi di significato", da vuoti e assenza di parola, dovrà partecipare al lento processo di "disoccultamento del co-incarnato" dove «appaiono entrambi i termini della questione, *soggetto e mondo*, co-incarnati in una sorta di *Mit-Leiblichkeit* (corporeità condivisa)» (Di Petta, cit., p. 96). Bisognerà allora provare a portare il piano dell'intenzionalità fin giù, fin alla carne! Perché «il fenomeno *vissuto*, in altri termini, è la carne stessa» (ivi, p. 97, nota 16).

Dopo queste fasi del percorso di cura, ci sembra degno di attenzione il lavoro sulla *tonalità emotiva* del paziente⁹, lo sfondo emozionale in cui i singoli sentimenti prendono vita – stagliandosi singolarmente dall'insieme affettivo –, sfondo che dona la coloritura caratteristica di un mondo, la sua emozionalità basale. Tale ambiente patico non è facilmente modificabile ed è scarsamente influenzato dai singoli sentimenti. Ragione per cui necessita un lungo viatico fatto di condivisione di vissuti, di scambio di momenti relazionali intensi e vivificanti. Ma qui non è in questione un *certo* agire prassico, se non vogliamo evocare la "famigerata" *tecnica*, bensì una *certa* sensibilità del curante alla messa in discussione di sé e del proprio ruolo. Il tutto in vista di una riorganizzazione del proprio mondo. E non c'è, purtroppo, qualcosa che garantisca il successo dell'impresa, come dei *punti di repere* più o meno vincolanti e decisivi. Tutto è lasciato alla virtualità dell'incontro, comunque irripetibile, tra due soggettività in interazione profonda. L'incontro, e non si tema con questo termine di inciampare in una reto-

⁹ «[...] In Husserl [...] dai sentimenti intenzionali bisogna differenziare la tonalità emotiva [che] *si riferisce all'orizzonte degli oggetti*, a quello che, nella *Crisi*, verrà chiamato "il mondo", e porta a manifestazione nuovi mondi» (Costa, cit., p. 170).

rica spontaneistica e scadente, alla fine non è delimitabile da argini compatti, da riferimenti ineludibili entro cui avviare il percorso di cura.

Ma, tuttavia, qualcosa come un *pro-getto* (senza considerare questo termine nel senso banale di certa letteratura scientifica odierna) ha una sua dignità e coerenza. Una certa articolazione del trattamento in momenti costitutivi del percorso è necessaria, ma questo non significa scambiare tale scansione per l'effettivo processo che conduce il movimento terapeutico.

La realizzazione del trattamento, vista la complessità della patologia, prevede nella maggior parte dei casi un intervento realizzato da molteplici prospettive: cura individuale e di gruppo¹⁰, terapia farmacologica e, magari, socio-riabilitativa.

Non è qui possibile approfondire l'effettiva dinamica di cura, avendo scelto di limitarci a questioni generali, ma va citato almeno un aspetto: qual è l'obiettivo che ci poniamo per questi pazienti? Vale a dire: è l'estinzione del sintomo, come ci viene chiesto dalle famiglie e, in fondo, dall'intera società? È il *controllo* che è in questione? Certamente non è poi questo che è in gioco, da un punto di vista clinico complessivo. Eppure la dipendenza è un sintomo *pesante*, che condiziona il nostro lavoro in quanto la sua persistenza è destabilizzante. Non si può non tenerne in conto, in qualche modo.

Resta il fatto che quello che noi cerchiamo in primo luogo è la *compensazione* clinica, qualsiasi cosa essa significhi. Ma poi, per quanto questo obiettivo si presenti in verità arduo, a volte persino pretenzioso se non irrealistico, ciò che conta veramente è quel *ritrovamento di mondo* cui si è prima fatto cenno, una sia pur ridotta possibilità di trascendenza (i "chiari nel bosco" – la *Lichtung* heideggeriana – «appartengono al "mondo della vita" e la mondanità non li conosce» – Calvi, 2009; ora 2013, p. 34) illumina di minimi bagliori la riconquista faticosa e instabile di una degna esistenza al di là dell'estrema condizione deumanizzata a cui si può essere stati incardinati e nonostante la persistenza di limitazioni residue, tragicamente inelaborabili.

¹⁰ Nella nostra scuola un caposaldo è rappresentato dalla Fluenza, «un momento di gruppo, con scambi relazionali ed espressivi tra i partecipanti; scambi di vissuti (che in tal modo vengono "socializzati")» (Grieco e Vivard, 2011, p. 81). L'attivazione emozionale che in questo *setting* emerge potentemente risulta fondamentale in pazienti francamente alessitimici come quelli affetti da forme di dipendenza patologica. In generale, in queste condizioni – laddove troppo spesso è la psicopatologia del mondo esterno più che dell'interiorità a promuovere sofferenza – la terapia di gruppo risulta essere l'intervento elettivo, anche perché consente ai pazienti, tra l'altro, una potenziale apertura al tempo, già ingessato dalla dipendenza dentro i confini inespugnabili di un'atemporalità parmenidea.

BIBLIOGRAFIA

- Callieri B. (2000-2001): *La fenomenologia dell'incontro come transito fra psichiatria e psicoterapia*. www.psychomedia.it
- Callieri B., Castellani A., De Vincentis G. (1972): *Lineamenti di una psicopatologia fenomenologica*. Il Pensiero Scientifico, Roma
- Calvi L. (2009): *La carne, la scelta, l'epochè*, in De Luca A. (a cura di): *Verso una psicologia fenomenologica ed esistenziale*, pp. 201-212. ETS, 2009; ora ne *La coscienza paziente*, pp. 33-43. Fioriti ed., Roma, 2013
- Costa V. (2009): *I modi del sentire. Un percorso nella tradizione fenomenologica*. Quodlibet, Macerata
- De Monticelli R. (1995): *L'ascesi filosofica*. Feltrinelli, Milano
- Derrida J. (2015): *Il maestro o il supplemento di infinito*. il Melangolo, Genova
- Di Petta G. (2010-11): *Il Corpo: "Consummandum" et "Habeas"*. *Tra fenomenologia e clinica*. COMPRENDRE, 20: 82-107
- Franzini E. (2008): *I simboli e l'invisibile. Figure e forme del pensiero simbolico*. Il Saggiatore, Milano
- Grieco F., Vivard E. (2011): *Percorsi contemporanei della cura. Estetica, terapeutica, fenomenologia*. Ed. Kappa, Roma
- Heidegger M. (1927): *Sein und Zeit*. Tr. it. di Pietro Chiodi: *Essere e tempo*. Longanesi, Milano, 1976
- Masullo A. (2003): *Patitività e indifferenza*. Il Melangolo, Genova

Francesco Grieco
Via Luigi Grieco n. 2
I-84090 Montecorvino Pugliano (SA)
(gri.fo@virgilio.it)