

## **L'incontro : scacco alla sostanza. Fenomenologia della cura tossicomane**

Gilberto Di Petta<sup>1</sup>

Era triste per il ragazzo veder arrivare ogni giorno il vecchio con la barca vuota e scendeva sempre ad aiutarlo a trasportare o le lenze addugliate o la gaffa e la fiocina e la vela serrata all'albero. La vela era rattoppata con sacchi da farina e quand'era serrata pareva *la bandiera di una sconfitta perenne*.

E. Hemingway

### **La bandiera di una sconfitta perenne**

Una sconfitta perenne: questa è, al di là della retorica, la cifra della relazione terapeutica tra l'operatore<sup>2</sup> e il tossicomane<sup>3</sup>. Generalmente

---

<sup>1</sup> MD, Psychiatrist and Neurologist, S. Maria delle Grazie Hospital, Female Prison, Addiction Centre Consultant, Mental Health Department, ASL Naples 2 North, Italy. Vice-president of Italian Society of Phenomenological Psychopathology. E-mail: [gilbertodipetta@alice.it](mailto:gilbertodipetta@alice.it).

<sup>2</sup> Con il termine "operatore" si intende, qui, principalmente il clinico-terapeuta, sia esso psichiatra o psicologo. Ma non solo. Anche l'infermiere, l'educatore o l'assistente sociale. Il concetto è che, soprattutto nei servizi pubblici, la funzione terapeutica non può ritenersi concentrata nelle mani di pochi clinici superformati, ma va, in qualche modo, spalmata sull'*équipe*. Il paziente critico non è in condizioni di distinguere il tipo di intervento che viene fatto su di lui a che livello si colloca. L'intero Servizio, pertanto, dovrebbe essere in condizioni di erogare un'azione terapeutica a qualunque dei suoi livelli. Da questo punto di vista il Servizio dovrebbe lavorare sulla propria "atmosfera".

<sup>3</sup> E' del senso comune questa nozione: che dalla droga non si esce se non morti. A qualunque operatore nel campo delle dipendenze sarà capitato di sentirsi dire, da un interlocutore casuale con cui si trova a discutere del proprio lavoro, le frasi: "Ma quanti ne escono?", "Riuscite a salvarne qualcuno?", "Che soddisfazioni vi dà questo lavoro?". A tale proposito un ricordo personale. Anni fa, agli inizi del mio lavoro nei SerT, mi capitò di soccorrere, fuori dall'orario di servizio, un signore anziano rimasto coinvolto in un incidente stradale sull'autostrada. Mentre attendevamo l'ambulanza, gli misurai la pressione arteriosa e gli tenni compagnia parlando del più e del meno. Quando seppe che lavoravo con i tossicodipendenti mi disse: "Ora capisco perché lei ha così tanta pazienza". *Pazienza* è un termine antico, che nel quotidiano è banalizzato come tolleranza, capacità di sostenere l'attesa, ma in realtà è denso della radice greca *path*, dal verbo *paschein*, che ritroviamo nel latino *patior*. Dunque contiene l'idea di sofferenza. Ovvero di capacità di sopportare la *sofferenza* o la *passione* da cui si è affetti. Pazienza e patologia, dunque, sono sinonimi, con la differenza che patologia prescinde dalla soggettività, nel senso che la malattia in astratto è una cosa, il malato un'altra, mentre pazienza rimanda

la colpa di questo fallimento è addossata dal senso comune alla peculiare capacità dei tossicomani di essere sfuggenti, inafferrabili, manipolativi. E' possibile, invece, mettere in discussione ed eventualmente modificare il tipo di "incontro" che l'operatore *struttura* con il tossicomane nei contesti istituzionali della cura? Questo lavoro intende proprio enfatizzare l'importanza del fattore "intensità nella relazione interpersonale" tra l'operatore deputato alla cura e il paziente tossicomane sulla ricaduta terapeutica. Ci si muoverà, dunque, su un orizzonte *diversa* da tutti gli orientamenti che fanno della *neutralità*, della *distanza* e del *non coinvolgimento* gli ingredienti essenziali dell'approccio terapeutico.

L'idea dell'Autore, derivata dalla propria esperienza e dalla propria formazione<sup>4</sup>, è che, se il paziente non *sente* (*to feel, fühlen*) il terapeuta, se non lo fiuta *atmosfericamente*<sup>5</sup> come persona, non gli si *attacca*; e, se il tossicomane non si attacca, non si cura. Dunque, se

---

alla soggettività, ovvero alla capacità di un soggetto di maneggiare la sofferenza in una condizione di attesa. *Path* è anche la radice di *Pathos*, da cui passione. Dunque, l'operatore delle Dipendenze deve avere, come requisito, la *pazienza*, che è un insieme di sofferenza, di passione, di capacità di contenerle entrambe.

<sup>4</sup> L'Autore ha iniziato la sua esperienza nei SerT nel 1998. La legge 162, che istituisce il SerT, è del 1990. All'epoca si respirava ancora un clima garibaldino e poco protocollarizzato, una sorta di entusiasmo della prima ora, nel quale osare, da parte di un operatore, diventava necessario per andare avanti. Il metadone non veniva affidato con facilità e il numero di overdose da eroina che accorciava la lista degli iscritti era elevato. Il volto della tossicodipendenza era ancora marcatamente da strada. Le sostanze sintetiche si affacciavano appena all'orizzonte, l'età degli operatori era ancora verde. Tutti questi in gradienti segnano una grande distanza di clima da quello attuale, nel quale "osare" diventa incorrere in responsabilità legali, le risorse sono drasticamente diminuite, gli operatori sono invecchiati, gli utenti sono cambiati. Chi scrive, pur non lavorando più nei SerT, ha la sensazione che queste strutture (nate del resto sotto l'egida malcelata di un controllo sociale della devianza, più che con un mandato terapeutico), siano avviate ormai ad un binario morto. L'integrazione delle sostanze d'abuso (v. cannabis e sostanze dopanti e farmaci performanti) negli ingranaggi della società competitiva attuale, i progetti di distribuzione di metadone nelle farmacie territoriali, il decremento di appeal della comunità terapeutica sui nuovi *polyabusers* fanno il resto. In varie regioni italiane i Dipartimenti delle dipendenze vengono inclusi nei Dipartimenti di salute mentale. A chi sarà deputata, in futuro, la cura dei nuovi abusatori di sostanze sintetiche, spesso portatori di una follia chimica? Quali saranno gli approcci considerati più appropriati ed efficaci al fine soprattutto di evitare costosi percorsi di ricovero e di riabilitazione?

<sup>5</sup> Nel senso che H. Tellenbach (1958) ha dato a questo termine (L'aroma del mondo), cioè di spazio emotivamente intonato, *plus* sensoriale percepibile attraverso l'olfatto e il gusto intesi non come vie di senso specifiche, bensì come organi della sensibilità interpersonale.

l'obiettivo primario è quello di ottenere dei vantaggi nella cura, evidentemente le strategie di approccio di cura vanno riviste, data l'alta percentuale di *drop-out* attuali, da cui la forte responsabilità dei Servizi per le dipendenze (SerT, SerD) nella *cronicizzazione* dei pazienti<sup>6</sup>. Il rischio più grande di una relazione terapeutica che si instaura con un tossicodipendente è il clima di *inautenticità* che vi circola, con l'eclisse della reciprocità "IO-TU". Entrambi, il paziente e l'operatore, spesso sono consapevoli di star iniziando un rapporto che presto si consumerà. In fondo, nessuno dei due è veramente *intenzionato* a portarlo fino in fondo<sup>7</sup>: l'operatore sa che il paziente si staccherà; il paziente sa che tornerà a "farsi" e che l'operatore non gli sta dando alcuna fiducia. La sostanza, dunque, è al di sopra della relazione. La sostanza è ciò che dal paziente viene percepito come "autentico" e dotato di valore, pregnante di significato affettivo, estetico, di contenimento. Il tossicomane ha, nella sostanza stupefacente, il *terminus ad quem* della propria vita ed ogni confronto, per lui e con lui, deve essere, dunque, confronto con la sostanza. L'*intenzionalità* della coscienza tossicomane è *addicted*, ovvero intrappolata nel noema *sostanza d'abuso*, pertanto non è libera di intenzionare altro<sup>8</sup>. O la si spiazza dal legame con la sostanza, o non la si rende libera di intercettare null'altro.

Da questo punto di vista il rapporto tra la *coscienza tossicomane* e la *sostanza d'abuso* è assimilabile al rapporto tra *coscienza* (intenzionale) *psicotica* e *delirio*<sup>9</sup>. Il paranoico, ad esempio, è totalmente assorbito

---

<sup>6</sup> Metadone a basso dosaggio e a scalare breve, mancanza di *assessment* psicopatologico, scarsa proposta di psicoterapia, rapporto quotidiano "mordi e fuggi" con i pazienti, operatori poco qualificati e demotivati.

<sup>7</sup> Questo incontrarsi per un assolvimento burocratico è il tratto saliente dell'*inautenticità* di cui sopra.

<sup>8</sup> Il tema della *coscienza intenzionale*, ovvero della coscienza che è sempre *coscienza-di-qualcosa*, dunque coscienza incarnata, e mai coscienza astratta ( *res cogitans* in senso cartesiano) è il tema centrale di tutta la fenomenologia husserliana.

<sup>9</sup> In questo senso si fa ritorno all'etimo originario di mono-mania. Nella psichiatria francese ottocentesca, prima di Kraepelin, il termine mania significava follia tout court, e

dalla costruzione e dalla sistematizzazione del proprio delirio, fino a fare, del delirio, l'oggetto del principale interesse della propria vita, attorno a cui tutto finisce per ruotare<sup>10</sup>, e da cui, evidentemente, egli stesso non ha alcuna intenzione di staccarsi.

Questo lavoro vuole descrivere, quindi, le *condizioni di possibilità* di un contatto interpersonale *spiazzante*, tra l'operatore e l'utente, capace di bucare lo schermo *crepuscolar* (Di Petta, 2004) della coscienza tossicomane e di catturare la sua *intenzionalità*, ai fini di un *progetto-di-mondo* co-costruito. Tutto questo può svilupparsi soprattutto a partire dal clima del *primo incontro*. Il primo incontro, dunque, è cruciale. L'operatore deve viverlo come se fosse l'ultimo, dunque caricarlo, come per la parola poetica, del massimo significato possibile. Il primo incontro non dovrebbe essere affidato al caso, come a dire "a chi si trova para": gli operatori di prima accoglienza dovrebbero essere particolarmente motivati e sensibili, e dovrebbero essere privilegiati quelli che hanno fatto l'esperienza di una psicoterapia personale e che sentono un certo livello di identificazione nella vicenda umana dei pazienti. Persone, insomma, dotate di un certo carisma personale, capaci di frantumare il cristallo crepuscolare dal quale il paziente, fuso con la sostanza, contempla il mondo.

Con lo sviluppo di una relazione immediata, simmetrica e risonante con il paziente, quindi, si hanno buone probabilità di

---

le mono-manie indicavano follie concentrate su un oggetto. Per monomanie intellettuali J.É.D. Esquirol intendeva quei quadri psichici che si considerano psicosi paranoidi e paranoiche (delirio cronico). Alcuni termini derivati dal concetto di monomania sono ancora in uso, per esempio piromania, dipsomania, cleptomania. In questo senso la tossico-mania sarebbe la follia per la droga.

<sup>10</sup> La sostanza polarizza tutta la vita della persona, accartoccia il tempo, curva lo spazio, mette in secondo piano la persona e la cura. La carne del paziente si consuma per la sostanza come una candela, che arde da due parti. La scoperta della sostanza ha qualcosa della rivelazione psicotica, essa è l'avveramento di un destino. Nulla è più comparabile alla vita di prima della sostanza. Essa spacca la storia del soggetto in un prima e in un dopo, come l'evento nascita di Cristo ha spezzato la storia dell'occidente cristiano.

risolvere il primo problema, cioè quello dell'aggancio del paziente stesso all'operatore o alla struttura. Molti di questi pazienti, soprattutto nelle istituzioni, vengono, infatti, *perduti al primo colpo*. Spesso essi, per la rabbia e l'impulsività che li contraddistingue, non consentono all'operatore altre *chances*. La perdita dell'aggancio può significare, per il paziente, la perdita di altro tempo, di relazioni affettive e sociali, la possibilità di contrarre malattie o di aggravare quelle esistenti, il carcere conseguente ai reati, la crisi ulteriore del sistema familiare o la morte.

Il secondo punto critico sta, invece, per l'operatore, nell'essere realmente in grado di *sostenere la relazione* una volta che essa si è instaurata, ovvero di non lasciarsi manipolare e buttare fuori pista dal tossicomane. Una buona metafora è quella che si può trarre dal racconto "Il vecchio e il mare" di Hemingway (1952). Quando finalmente il vecchio e consumato pescatore riesce ad *agganciare* il grosso Marlin, dopo diuturno sforzo, essi procedono a lungo affiancati verso il porto. Il Marlin è grande una volta e mezzo la barca, ciononostante il vecchio riesce a condurre il Marlin. Quindi questo è un esempio positivo di relazione mantenuta. Una metafora calzante di cattiva o di costosa tenuta della relazione è, invece, quello che si può trarre dal romanzo di Melville "Moby Dick" (1851), dove la baleniera è spesso capace di arpionare la balena, ma non è poi in grado di *sostenere i colpi di coda della balena sulla propria fiancata*. E le protesi del capitano Achab sono fatte, alla fine, di ossa di balena. Come a dire che si è realizzato un interscambio di parti tra il predatore e la preda. Alla fine non si sa più cosa sia il predatore e cosa sia la preda.

Gli operatori del settore sanno bene, dunque, il significato e l'amarezza di questa *perenne sconfitta*. Essi sono spesso esperti di fallimento, e, nelle loro aspettative, la perdita del paziente, in alcuni

casi, è quasi più auspicabile dell'aggancio del paziente, poiché libera l'operatore (e il Servizio) da una *posizione intenibile* (Laing, 1975). Sostenere la relazione con siffatti pazienti significa, ad esempio, essere capaci di reintrodurre, dopo l'aggancio, *gradi di asimmetria* e di distanza, ove e quando possibile, e in grado di mantenere il controllo e il limite invalicabile su alcuni punti. E' facile che il paziente, agganciato, tracimi e diventi molto complicato da gestire. Soprattutto se con marcati tratti psicopatici di personalità o *borderline* (Correale, 2001; 2006) al punto da non poter essere più contenuto e da mettere in crisi la relazione o, in alcuni casi, essere pericoloso per l'incolumità dell'operatore stesso. Messa così la cosa, cioè visti i rischi di una relazione coinvolgente, sarebbe facile concludere dicendo: non è una strada praticabile. Tuttavia, se si dimostrasse che questa strada è quella che consente il maggiore recupero dei pazienti ed il conseguente risparmio di risorse, varrebbe la pena praticarla, formando operatori idonei. Ovvero operatori *double face*, capaci di grande empatia e sensibilità nelle prime delicate fasi del contatto e dell'aggancio, e di fermezza, struttura, distanza, nelle fasi successive, in cui il paziente, in genere, resosi conto della cattura, si divincola nella relazione e viene addosso all'operatore, desideroso di rompere un legame che ritiene troppo oneroso per lui, animato dal *cupio dissolvi*<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Non si capisce perché nel resto della medicina e della chirurgia si implementano accessi e metodiche costosi e rischiosi, in questo ambito ci si debba tirare indietro, se ci sono dei vantaggi. A situazioni specifiche bisogna differenziare approcci specifici. Il problema della formazione degli operatori preposti alla cura, e non al controllo burocratico, farmacologico e comunitario di un settore così critico, dovrebbe essere riaffrontato in sede legislativa. Non ci si può lamentare del carico sociale e sanitario di questi pazienti se non si differenziano terapie ed approcci specifici per affrontare il problema.

### **La doppia partita della non libertà**

Il problema dell'approccio terapeutico e clinico al mondo tossicomane è caratterizzato dall'essere il paziente un soggetto estremamente refrattario, resiliente e manipolativo rispetto alla figura del terapeuta. Quasi mai il tossicomane chiede aiuto. Questo atteggiamento mina all'origine il rapporto con questo tipo di pazienti. Prova ne è il fatto che questi pazienti sono spesso relegati all'ambito istituzionale (Correale, 1991), piuttosto che al privato. Vale a dire che il terapeuta e il paziente non si *scelgono*, ma sono costretti ad interagire, o ad urtarsi reciprocamente, poiché posti dalle situazioni sul fronte opposto della domanda di presa in carico e dell'offerta di cura. Il paziente si rivolge alle istituzioni coatto dalla mancanza di sostanza e dalla necessità di una terapia sostitutiva, dall'obbligo legale (es. art. 75), dall'affidamento al Servizio in quanto proveniente da una struttura carceraria, dalla necessità di accedere ad un percorso comunitario, per il quale l'istituzione (SerT) può garantire un accesso speso dal SSN; quando presente, pressato dalla famiglia.

Il fatto che il paziente non percepisca la cura come una scelta ha a che fare con il fatto che non percepisce la dipendenza e la sostanza come un problema. La sostanza, infatti, gonfia il sé, lo riempie, mentre ne aumenta il vuoto (Sissa, 1996). Ogni inondazione della sostanza lascia dietro di sé un vuoto maggiore, che a sua volta richiede di essere riempito. Questa è la radice del *craving* compulsivo e incoercibile. La sostanza fa sentire meno urgente e necessario il mondo. Sospende la cura e il progetto. Sospende l'affanno. Mette il soggetto in una specie di stato *epochizzato*. Dilata il tempo in un istante continuo (c'è sempre tempo). Deforma lo spazio quando è presente, e lo costringe quando manca (il perimetro della sostanza), incrementa la familiarità e l'empatia con il mondo, favorisce il sonno (Di Petta, 2004). In questa prospettiva il terapeuta non viene visto dal

paziente come uno che può aiutarlo. Nessun paziente ha l'idea di smettere, come nessuno psicotico delirante ha l'idea di distaccarsi dal proprio delirio. Quindi il terapeuta, se agganciato all'idea di separare il paziente dalla sostanza, viene immediatamente connotato come nemico da aggirare o da evitare o da manipolare per i propri fini. Nel momento del contatto, reso necessario da una serie di fattori contingenti e, come si è ribadito, necessari, il terapeuta diventa finalmente visibile. E' a questo punto che, nel tossicomane, subentra la manipolatività: deve prendere il *terapeuta-per-qualcosa*, per una sua parte, come dice Binswanger (1942), deve, cioè, aggirarlo. Il paziente costituisce il terapeuta come persona, ma ne scotomizza il tutto e ne enfatizza una parte, che sarà la maniglia attraverso la quale egli dovrà raggiungere il suo scopo. Lo scopo del paziente è quello di ottenere una serie di benefici che gli derivano dal suo nuovo *status* di tossicodipendente in trattamento. Il terapeuta, dal canto suo, viene da molti incontri bruciati, in cui è stato tradito, vilipeso, venduto. Pertanto, dopo una prima fase entusiastica e illusoria, comincia ad entrare nel contatto con il paziente sempre più difeso. Questo impedisce lo stabilirsi di una corrispondenza immediata, ma acuisce le capacità del tossicodipendente, il quale comunque perseguirà il suo obiettivo di aggirare l'ostacolo.

Quando il paziente si rende conto che, nonostante tutto, è dentro la relazione, allora comincia a dare il peggio di sé, fatto di ricadute, *acting out*, fughe, attacchi. Ha così inizio una fase turbolenta, quasi un peggioramento clinico rispetto a quando il paziente non era agganciato. Tenta di infrangere le regole, accusa l'operatore o gli operatori di averlo tradito, ingannato, vilipeso. Questa è la fase in cui, se il gruppo terapeutico non è coeso, si spacca, tra chi considera il paziente un cattivo e pericoloso da espellere e chi considera il paziente come uno a cui va perdonato tutto (Kaes et al, 1998). E' necessario, a questo punto, che l'operatore ritrovi la sua libertà,

ovvero riscopra dentro di sé la vocazione a vedere questo tipo di pazienti. In un certo senso, in termini fenomenologici, l'operatore deve fare *epochè* addirittura del mandato istituzionale, e deve trovare, dentro di sé, le *condizioni di possibilità* per un incontro libero. Il paziente, dal canto suo, deve respirare un'aria nuova, un'aria strana, un'aria che proviene dal fatto che, al di là della sostanza, si trova di fronte a qualcuno interessato alla sua persona (al suo *sé* come al mio *tu*). In un certo senso questo dare alla *sostanza* quel che è della *sostanza* e dare alla persona quel che è della persona sortisce un effetto molteplice. Intanto il paziente sente che sta dialogando *con qualcuno* (*Mit-einander*) che non considera la sostanza un elemento merceologico qualsiasi, e non considera lui uno sciocco che si è fatto risucchiare<sup>12</sup>. Differentemente dalla sostanza, dare attenzione in senso *fenomenologico*, cioè *intenzionare* la persona, consente di tracciare una prima linea divisoria tra la persona e la sostanza, che tendono a collabire, in genere, nella superficialità del colloquio, in un tuttuno indistinto. L'operatore deve *sentire* che il paziente inizia a costituire la sua propria *presenza* (*Dasein*) di operatore come persona fisica (io sono tuo "tu"), ovvero deve *sentire* che il proprio essere persona emerge dall'indistinto della burocrazia tradizionale. Solo così farà contatto. Solo così spingerà, controlateralmente, il paziente ad uscire dallo schermo della sostanza. A farsi, a sua volta, *presente*. E' un passo avanti di uno verso l'altro. Per l'intersoggettività originaria che ci costituisce e ci lega, non è pensabile che un io si sposti senza procurare lo spostamento dell'io, se ognuno costituisce l'altro come il proprio "tu".

#### **L'incontro : scacco alla sostanza**

---

<sup>12</sup> La storia dell'umanità è storia degli stupefacenti. Non c'è stata epoca storica o popolazione che non abbia utilizzato sostanze per modificare lo stato di coscienza, soprattutto attraverso forme ritualizzate nelle occasioni dell'amore, della guerra, del contatto con Dio. Persino nella religione cristiana l'alcol assurge a simbolo critico del sangue.

L'operatore destinato all'incontro con il tossicomane deve essere, dunque, scevro da pregiudizi e deve cercare di entrare in contatto, contemporaneamente e separatamente, con il nucleo (residuo) della persona che ha di fronte, e con l' *esperienza* della sostanza. Chi parla, davanti a lui, nella stanza del colloquio, non è solo la persona del paziente ma è la sostanza. La sostanza, in questo caso, è personificata. Il soggetto, del pari, è *mondificato* (*Mondanisierung*) nella curvatura che la sostanza ha conferito al suo mondo, facendone, per l'appunto, un *mondo tossicomane*. L'operatore entra in contatto non solo con la persona, dunque, ma con la sostanza. Il primo atto è *costituire* la sostanza come esperienza dotata di senso<sup>13</sup>. Il rapporto tra il tossicomane e la sostanza non è il rapporto tra una mente libera e un oggetto libero nel mondo. Nei confronti della sostanza non vale, per il tossicomane, il lasciare che il mondo accada così come accada. Il *vincolo* inalterabile e cronificante che lo lega alla sostanza rappresenta una curvatura del tempo e dello spazio che deforma l'intero suo mondo. Questa acquisizione può essere fatta propria dall'operatore in una prospettiva di psicopatologia fenomenologica, che conferisca, al vissuto della sostanza, una tridimensionalità, una semantica, un'attrattività capaci di dare conto del comportamento reale del soggetto. Qualunque idea può avere l'operatore della sostanza, essa non coincide, dunque, con la sostanza di cui parla il paziente. Se l'operatore acquisisce una visione adeguata della sostanza, ovvero se riesce a guardarla in parte con gli occhi del

---

<sup>13</sup> La nominazione di una cosa non è la sua costituzione. La *costituzione* di una cosa in esperienza dotata di senso è un processo complesso che necessita di uno scambio tra persone per realizzarsi, di uno scambio emozionale e di uno sforzo di intenzionalità intrecciate per *co-costituirsi*. L'esperienza ha una tridimensionalità, una familiarità, un calore, un odore, un suono, una tattilità, una consistenza, che il puro nome non ha. Il nome ha a che fare con il nominalismo, esemplificato dalla locuzione latina *stat rosa pristina nomine, nomina nuda tenemus* ("la rosa, che era, [ora] esiste solo nel nome, noi possediamo soltanto nudi nomi"), che è una variazione di un verso del *De contemptu mundi* di Bernardo Cluniacense, monaco benedettino del XII secolo. Essa deve la sua fortuna a Umberto Eco che ne ha fatto l'ultima frase del suo romanzo "Il nome della rosa". L'impostazione dell'Autore ha a che fare, piuttosto, con il sostanzialismo.

paziente, in parte con la propria capacità di *visione eidetica*<sup>14</sup> (Calvi, 1995; 2005; 2006), l'operatore deve provare un rispetto per la sostanza, alla stessa stregua dello psichiatra che prova rispetto per il delirio, quando il paziente finalmente glielo esplicita. L'esplicitazione o *rivelazione* del delirio è sempre un dono che il paziente fa allo psichiatra, è lo svelamento di un segreto recondito. L'operatore deve avere in mente che alla sostanza il paziente ha dedicato congrua parte della sua vita, fino a svuotarsi. La sostanza è una grande passione, un grande amore, un amore totale ed esclusivo, adolescente, al quale il paziente ha donato tutto. Non ha più nulla e non è più nulla se non la sostanza, si è cioè annullato in essa. Si è gettato in essa, un giorno, come un uomo può gettarsi nel vuoto. Al di là della sostanza, in alcuni casi, il paziente realmente non possiede più nulla. La sostanza è il precipitato dell'ultima identità che è rimasta al paziente. Se la sostanza è la maschera, il soggetto coincide con la maschera. Dunque parlare della sostanza significa parlare di sé. La potenza e l'incoercibilità della sostanza rappresentano la potenza e l'incoercibilità del sé. Nulla può frapporsi tra il paziente e la sostanza. Essi coincidono. E tuttavia la soggettività del paziente è sparita. Bisogna ricavarla per filtrazione dall'esperienza della sostanza. Solo l'incontro con l'operatore demarca la linea tra il soggetto e la sostanza. L'operatore fa una prima *epochè* quando smette di considerare la sostanza come un elemento chimico e comincia a considerarla un elemento vitale: l'elemento caratterizzante il *mondo-della-vita* del tossicomane, la sua *Lebenswelt*. Dunque la sostanza è il campo dell'incontro. L'obiettivo, allora, è quello di co-costituirla insieme al paziente, ovvero di ri-costituirla insieme, affinché parte della soggettività dell'operatore si contamin

---

<sup>14</sup> Costituire gli elementi strutturali e formali essenziali di un certo contenuto di coscienza che incarna la cosa stessa, in questo caso la sostanza. Il termine è di stretta derivazione husserliana.

con la soggettività residuale del paziente. Oppure, in altri termini, perché parte dell'esperienza della sostanza sia condivisa, il che significa che la sostanza co-costituita non è già più quella monadica e solipsistica del paziente. Si comincia a distendere su un piano narrativo la monolitica coagulazione delirante del paziente, in favore di una reciprocità mai esperita prima di ora (Callieri, 1994).

Il paziente deve alzarsi dall'incontro sentendo che ha parlato *con* qualcuno che finalmente ha capito, e che ha perciò smesso di sottovalutare la sostanza, e l'idea che gli è rimasta dentro, dopo l'incontro, non è più l'idea che egli aveva prima dell'incontro. E' un'idea certamente potente di sostanza, ma che ha incluso necessariamente frammenti o brandelli dell'altro incontrato. Se l'operatore ha *costituito* nella sua coscienza l'idea della sostanza con gli occhi del paziente, in maniera controlaterale il paziente non potrà non ritrovarsi dentro un'idea di sostanza ricostituita con gli occhi dell'operatore. Questo non gli accadeva nella pseudo condivisione con gli altri tossici (*i fratelli*). Questo consentirà una prima incrinatura al cristallo diadico-simbiotico sostanza-paziente, con l'introduzione della soggettività del clinico. A questo punto il paziente comincia ad andare in confusione, e allo stesso tempo a provare interesse a reincontrare quella persona, quella persona lì, quella presenza (*Dasein*) che gli ha fatto provare qualcosa di diverso, infondo egli rimane un cacciatore di sensazioni. Intanto quella persona, l'operatore, lo avrà *spiazzato* rispetto al pregiudizio che il paziente aveva nei confronti di tutti quelli che non *facendosi*, non possono capire. Si tratta, da parte dell'operatore, di mettere in campo un processo inverso a quello che fa la sostanza: la sostanza mineralizza e inorganifica (*Mondanisierung*) la coscienza del paziente, l'operatore soggettivizza la sostanza, la organifica, la coscientizza, la dualizza<sup>15</sup>,

---

<sup>15</sup> Nel senso che Gaetano Benedetti, nelle sue opere, ha dato a questo termine.

la fa diventare umana, quindi riumanizza, rivendica all'umanità una parte del paziente. La riemergenza del "tu", intenzionato nel paziente dall' "io" del terapeuta, turba il paziente stesso, con un effetto quasi simile a quello di una sostanza stupefacente. Il piacere di sentirsi vivere, di nuovo, come un essere dotato dello statuto di persona, è un'ovvietà sottovalutata dagli approcci tecnici delle psicoterapie "scientifiche", che sono concentrate nell'isolare i fattori critici di cambiamento.

A modo suo in ogni tossicomane rimane qualcosa dello sperimentatore delle avanguardie *otto-novecentesche* che facevano, del rapporto con la sostanza, il terreno privilegiato di sperimentazione di stati alterati di coscienza, nei quali esplorare differenti visioni del mondo. Qui si pone il problema del requisito preliminare dell'operatore, cioè l'operatore è realmente capace di *provare* un sincero (autentico) interesse ed una commozione per le vicende di vita del paziente, scevro da ogni giudizio morale? Gli capita di pensare, in qualche momento, che è solo per un caso che non si trova *al posto* del paziente? E' a suo modo, l'operatore, affascinato dal discorso delle sostanze, dall'estetica dello stile di vita tossicomane? E' capace di valorizzare brandelli di quello che il paziente è come persona, indipendentemente dalla sostanza, e, per giunta, mentre il paziente parla solo della sostanza. Il paziente sarà colpito dalla competenza dell'operatore sulla sostanza, dal rispetto che ha per la sostanza, e dell'interesse non finalizzato ad uno scopo che l'operatore nutre verso di lui. Il paziente, a volte, parla della sostanza come un bambino abusato o maltrattato parla del proprio genitore: qualunque perdita gli abbia procurato, quello è pur sempre il suo genitore. Cioè è tutto ciò che ha. L'incontro deve finire non con una *consustanziazione*, ovvero con una celebrazione della sostanza, ma con l'idea che il paziente è qualcosa di ancora diverso dalla sostanza, che la sostanza, nonostante la sua potenza, non ha coperto

del tutto le necessità del paziente, che ci sono aspetti della sua soggettività potenzialmente in attesa di essere sviluppati. Deve riemergere la linea di confine di un “tu”, che è diverso dal sé assorbito nella sostanza. Con il “tu” emerge anche la trama di una storia, che è dentro al paziente, in attesa di un narratore (Ricoeur, 1993). In particolare l’operatore deve essere interessato a bordare il vuoto, ad entrare in contatto con il cratere, poiché lì dentro si trova ciò che del paziente è rimasto, non fosse altro che in potenza. Questa fenomenologia del primo contatto vissuto alla massima intensità, anche fuori dal *setting*, è stato dall’Autore definito “ad alzo zero” (Di Petta, 2004). Si tratta di entrare nella disposizione d’animo del *contatto diretto* con l’altro, facendo appello soprattutto alle proprie risorse umane piuttosto che professionali, incrementando il rischio di *perdere* il paziente esponendosi, facendosi avanti, piuttosto che di perderlo sistematicamente rimanendo dentro gli schemi. Occorre maturare una grande libertà di movimento, che rimanda ad una struttura interiore estremamente disciplinata. Ma occorre avere anche un gruppo di condivisione per il tipo di dinamiche che si mettono in campo<sup>16</sup>.

### **La patria del Noi<sup>17</sup>: sunt lacrimae rerum<sup>18</sup>**

---

<sup>16</sup> Da questo punto di vista, il gruppo *Dasein-analitico*, posto in essere dall’Autore, diventa il crogiuolo in cui si forma la microequipe terapeutica, e dove la microequipe ha modo di elaborare i propri vissuti.

<sup>17</sup> L’espressione “patria del noi” è di Binswanger (1942) e rappresenta il punto più alto toccato dall’io e dal tu nel loro riconoscersi intersoggettivamente indistricabilmente connessi. La “patria del noi”, nell’idea di Binswanger, è la patria dell’amore, dal momento in cui gli *amantes*, per Binswanger, sono il prototipo di azzeramento del tempo e dello spazio “naturali” e la loro trascendenza nello spazio e nel tempo del noi.

Il gruppo *Dasein-analitico*, su cui l'Autore sta lavorando a partire dal 1999, implementato soprattutto per incontrare i tossicomani, si propone come un paradigma di fenomenologia "ad alzo zero"<sup>19</sup>,

---

<sup>18</sup> *Lacrimae rerum* è un'espressione latina che significa "lacrime delle cose", presente nel verso 462 del primo libro dell'*Eneide* di Virgilio; è usata nel linguaggio comune per indicare la "tristezza" delle cose. La frase dell'*Eneide*, pronunciata piangendo da Enea rivolgendosi ad Acate, recita: "Sunt lacrimae rerum et mentem mortalia tangunt" ("Sono le lacrime delle cose, e le cose mortali toccano la mente"; Augusto Rostagni la traduce: "la storia è lacrime, e l'umano soffrire commuove la mente"); l'eroe dice queste parole alla vista delle incisioni sulla guerra di Troia, che sono scolpite in un tempio cartaginese dedicato a Giunone, prima dell'incontro con Didone.

<sup>19</sup> La metafora dell' *alzo zero* l'ho coniata diversi anni fa, quando lavoravo ancora nel SerT, prima di mettere mano al Centro "Giano" di doppia diagnosi, L'ho coniata affrontando corpo a corpo centinaia di mendicanti di oppio ogni mattina. E' una metafora di derivazione militare. E' noto che ogni arma da fuoco, dal cannone al fucile, ha una gittata del proiettile che copre anche distanze considerevoli, di diversi chilometri. Come decidere, con una certa precisione, la traiettoria del proiettile? Come aggiustare il tiro a seconda dell'impatto del proiettile rispetto al bersaglio? La posizione del bersaglio è quella a cui deve essere adeguato il sistema di puntamento. Il bersaglio è sovrano. L'intenzionalità è diretta al bersaglio. Se il bersaglio è lontano, il mirino va "alzato", se il bersaglio si approssima, il mirino va abbassato, ovvero "azzerato". Quando il bersaglio è a vista, è prossimo al contatto, tutti i sistemi di puntamento perdono di significato, in questi casi si dice sparare "ad alzo zero", ovvero la bocca dell'arma è ad altezza uomo. L'occhio è complanare all'orizzonte. Quindi *alzo zero* qui è la metafora di un ingaggio ad altezza uomo, con un bersaglio assai prossimo al contatto fisico. Questo è esattamente il mondo in cui ho cercato, in questi anni, di utilizzare la fenomenologia. Niente tempo per elaborare, niente figure antropologiche, niente richiami mitologici, niente magie della comprensione e dell'interpretazione. L'ermeneutica è una disciplina che richiede tempo, elaborazione. Essa nasce dall'esegesi del testo antico. Ma la pagina scritta è perennemente ferma davanti a te, la puoi prendere e lasciare mille volte, puoi chiudere e attaccare come e quando ti pare, dopo esserti schiarito le idee, dopo esserti consultato con qualcuno o dopo aver consultato altri libri. O, semplicemente, dopo esserti andato a fare un caffè. L'uomo vivo che si presenta a te, nello spazio di pochi secondi o di pochi minuti, configura una situazione di *ingaggio* nella quale tu devi fornire una risposta. Perché egli si aspetta una risposta. E perché spesso anche il contesto si aspetta una indifferibile risposta. Come fare e cosa fare perché questa risposta non diventi una abitudinario arco riflesso, ovvero qualcosa che *bypassa* l'integrazione con i centri nervosi alti e cortocircuita solo per una via spinale? La sfida, allora, è questa : utilizzare un dispositivo complesso, come quello fenomenologico, elaborato per costituire realtà vive da realtà oggettuali inerti, benché viventi, nello spazio breve di un singolo incontro. Spesso senza *setting*. Qualcosa che non sia solo affidato all' intuito del singolo clinico. Ma che abbia delle caratteristiche di velocità, di rigore, di efficacia, di riproducibilità: tutte cose che segnano al differenza tra un suonatore ad orecchio ed un conoscitore della musica. L'improvvisazione ha una sua struttura di senso, ma deve tenere presenti i parametri spaziotemporali dell'incontro ed il contesto emotivo intenso in cui accade. Se questo si verifica, l'improvvisazione assume caratteri di affidabilità e di ripetibilità, diventa forse qualche cosa che si può insegnare, trasmettere, e non essere solo appannaggio dell'esperienza del clinico caratterizzato da acume e da sesto senso. C'è un modo per educare alla sensibilità di sguardo, di ascolto, di gesto anche il giovane clinico che, spesso, diventa proprio l'interlocutore delle situazioni più difficili e più urgenti? Nel

capace di visualizzare l'esperienza intersoggettiva ed intercorporea, lo spazio, il tempo, l'esperienza vissuta con carattere di simultaneità e di evidenza. E' un tipo di gruppo *aperto* a cui prendono parte, come esseri umani o *presenze*, operatori e utenti indistintamente, tutti coinvolti in prima persona. Il conduttore ha un ruolo fortemente interattivo e appella (*con-voca per nome*) ognuno dei partecipanti, invitandolo a comunicare la propria *posizione emotiva* nel qui ed ora (*Befindlichkeit*) (Heidegger, 1927).

Dopo un silenzio iniziale il conduttore, con poche e preganti parole, disvela la propria situazione emotiva, ciò che in quel momento egli sente nell'aria, ciò che annusa o *fiuta*, e quindi chiede, ad uno ad uno dei partecipanti, operatori compresi, di fare lo stesso. L' *atmosfera* del gruppo precipita rapidamente in un *milieu* emozionale intenso, che scardina i piani razionali e induce una modificazione *crepuscolare* della coscienza dei partecipanti. Finito questo primo giro, il conduttore invita chi se la sente ad incontrarsi al centro del gruppo con qualcuno. Si succedono, così, vari incontri. I tempi degli incontri debbono, possibilmente, essere corti, brucianti, intensi. L'esperienza si conclude con un giro finale di vissuti, nel quale il conduttore chiede nuovamente ad ognuno di pronunciarsi sulla propria situazione emotiva. Chiude il conduttore con una restituzione. L'esperienza ha la durata di due ore circa. La composizione del gruppo è variabile. Sono ammesse assenze e nuovi ingressi. Sono tenuti continuamente tra parentesi, oltre al ruolo e alle

---

nostro campo non è infrequente che a mano a mano che l'esperienza e gli anni si accumulano si avanza nella carriera e si assumono posizioni dirigenziali, nelle quali gioco-forza l'attività accade di giorno, si sta in contatto più con gli operatori che con i pazienti, più con i sistemi e le organizzazioni piuttosto che con la clinica. Si assume allora un modo di pensare distaccato, abituato a lasciar decantare le cose, a non aprire conflitti, a comporre i conflitti esistenti, ispirato al latino *quieta non movere et mota quietare*. Si diventa docenti di qua e di là, si imbastiscono corsi, si diventa bravi a raffinare il modello. A me questo non è accaduto perché, ad un certo punto della mia vita, la carriera è sfumata ed il mio è diventato soltanto un lavoro, un bieco, *routinario* lavoro. Spero non cieco.

singole storie, il livello interpretativo ed il livello discorsivo. Le parole sono poetiche, corte, carnali. E' prevista la possibilità di un contatto fisico, sottoforma di abbraccio, di tenersi per le mani, di mettersi una mano sulla spalla. Il pianto è favorito, così come l'urlo, il grido, il movimento corporeo: cambiare posto, stendersi sul pavimento, togliersi le scarpe, rimanere a torso nudo. Il gruppo lavora su elementi *atmosferici, cenestesici, percettivi e motori*. La tensione emozionale è grossa. La *struttura intersoggettiva* è evidenziata in modo inevitabile, le singole *intenzionalità* curvate alla sostanza, vengono travolte da un magma sensoriale che è *spiazzante*, che porta alla *coscienza tattile* nuovi contenuti, impregnati di intersoggettività. Il rispecchiamento è potente, così come la risonanza. La presenza corporea dell'altro buca lo schermo occupato dalla sostanza. Il gruppo *Dasein*-analitico è difficilmente sostenibile, per intensità, da persone molto legate al ruolo (operatori) o da persone razionali e poco inclini al contatto fisico. L'obiettivo è la valorizzazione estrema dell'esperienza vissuta. La sostanza viene transustanzializzata, trascendentalizzata, *costituita* come esperienza che mette in risonanza altre esperienze, in una catena significativa di rimandi vissuti (*Erlebnisse*, Dilthey, 1883; Jaspers, 1913). Solo se la sostanza diventa esperienza essa è contaminabile, trascolorabile e può convertirsi in altre esperienze. Lo stato di coscienza è quello *crepuscolare* (Di Petta, 2004), si induce cioè una sorta di dissociazione, di depersonalizzazione o di *epoche*. Alla fine del gruppo si rientra in una condizione naturale. Le parole acquisiscono spessore, carnalità, *autenticità* (*Eigentlichkeit*). E' superata la dimensione inautentica della chiacchiera, della curiosità, dell'equivoco (Heidegger, 1927). Di gruppo in gruppo qualcosa cambia nella *struttura dell'esperienza* del soggetto. Il soggetto comincia ad acquisire presenza, spessore di "tu". E' lui, sono io, sei tu. Ognuno si chiama per nome, e ogni nome è un destino che riprende la lotta per la propria libertà. L'azione

*trasformativa* del gruppo procede da *piani sensoriali* verso piani cognitivi passando per stati emozionali che hanno il potere di calamitare la coscienza, di ripolarizzare l'intenzionalità, di rimettere in movimento una attività costitutiva della coscienza bloccata sulla *monomania* tossicomane. Il soggetto che afferisce al gruppo va supportato farmacologicamente e, se vuole, in terapia individuale. All'interno del gruppo *Dasein*-analitico la sostanza si fa esperienza e l'esperienza, anche la più negativa, prende valore. Il valore della propria esperienza vissuta incrementa il valore del sé<sup>20</sup>. Il gruppo lavora proprio dove le sostanze hanno preso casa, e non in opposizione ad esse. L'azione del gruppo vissuto sfrutta lo scavo fatto dalla sostanza per penetrare e percolare nelle fondamenta dell'essere. Le sostanze hanno preso casa nei sensi e nella *paticità* (von Weizsaecker, 1967). Vista udito e tatto (Straus, 1930) sono i protagonisti assoluti di qualcosa che diventa impossibile decodificare nella sua fluenza. Lentamente il monopolio sensoriale della sostanza si è tradotto in visione del mondo unilaterale. La modificazione del crogiulo sensoriale lentamente muta la *visione del mondo*. Vi introduce l'alterità quale novità, la "tuità" (*Duheit*). Nel gruppo, l'altro ti arriva addosso e dentro non attraverso la decodifica dei suoi pensieri, ma attraverso onde sensori-motorie, movimenti percettivi e sensoriali che modificano continuamente il campo (von Weizsaecker, 1968). Non c'è possibilità di resistenza poiché il campo è lambito da direzioni diverse, da pressioni crescenti. Le difese vengono disarticolate, il livello di eccitazione e di presa sale, entrano in gioco, sulla scena di una terapia, le stesse condizioni che regnano sulla scena drogastica. Sotto l'onda emozionale le cose appaiono molto vivide, estremamente presenti e *autentiche*, sono sentite come vere.

---

<sup>20</sup> SerT Rione Toiano, Pozzuoli, mercoledì 17 luglio 2013, una paziente dice: "Ci eravamo fatti insieme. Lui è morto. Ci amavamo, ci compensavamo. È stato otto anni fa. Mi manca tutti i giorni".

L'esperienza ha caratteri numinoso e rivelativo, si riesuma il proprio originario essere nel mondo con gli altri, e il dolore, trasfigurato, appare degno di valore. Il soggetto si ricarica di dignità. Tutto il percorso della sostanza appare un percorso fatto quasi per arrivare a questo punto di consapevolezza. Si ringrazia la sostanza perché, nella storia interiore della vita, è stata il blocco che ha consentito ad un'esistenza di interrogarsi, quindi l'opportunità per consapevolizzare una vita che scorreva perduta nell'ovvietà del mondo. Anche la nostalgia della sostanza può essere vissuta come la nostalgia di tutte le cose perdute<sup>21</sup>. Dell'identità perduta, della vita perduta, della vita che resta. Il paziente, il soggetto, sente lo sguardo dell'altro, la carezza dell'altro, la vita dell'altro. Questo lavoro di gruppo ripone la sua fiducia non tanto sull'analisi del conflitto, quanto sul potenziamento della vita, sul potenziamento del sé, della capacità di stare in contatto con l'altro, sulla gioia di essere ancora vivi e di poter abitare *pativamente* il mondo (Di Petta, 2006; Correale, 2006).

### **Dolore umano *versus* follia chimica?**

Il SerT di Pozzuoli, dove ogni mercoledì decine di *tossici-matti* mi aspettano, insiste nel rione Toiano. Nel SerT c'è agitazione, gli utenti

---

<sup>21</sup> 19 luglio, 2013, Centro "Giano", Caivano. Un incontro di *Dasein-analisi* di Gruppo: Nicola qualche sera fa era incosciente, riverso in un bosco, nel cuore di un *rave* illegale. Pieno di sostanze, tra cui la micidiale ketamina. Adesso sta riverso sul pavimento del "Giano". Il cappello con la visiera calata sugli occhi. Senza scarpe. Vive la sua morte. Accanto Assia, riversa supina, senza scarpe, che gli tiene la mano. Chiunque gli voglia parlare, come per un addio, si toglie le scarpe, gli prende la mano, gli parla. Perfino don Mario, dopo Laura, la quale ha confessato di aver fumato *crack*, gli si stende accanto. Molti fili di cotone spezzati. Molte lacrime, acqua e sale, che coibentano i fili, li rendono più resistenti alla fiamma. Fili che si intersecano, che si cercano nel silenzio del gruppo. Fili, spessi o sottili, su cui queste vite camminano. Abbracci, lacrime. Padri che perdonano. Figli che promettono. Un'onda continua investe il cadavere a cuore battente di Nicola.

entrano dentro ogni volta che lo psichiatra giunge da fuori, gettando il suo sguardo. E' uno sguardo che mette inquietudine, ma che al tempo stesso risponde ad un'attesa: neanche la sostanza è riuscita a placare l'*angoscia*. C'è un punto in cui l'*angoscia* tracima la sostanza. Qui vedo gli "allunati", quelli che il medico del SerT, fedele nel suo immacolato camice, mi prepara ogni settimana<sup>22</sup>.

Lo scenario aperto dalla diffusione delle droghe sintetiche (Welsch, 1996; 1999) rende ancora più cogente questo discorso, poiché ogni approccio capace di valorizzare, snidare, *costituire* l'esperienza umana è una leva potente contro la chimizzazione della coscienza, contro la protesizzazione dell'essere umano. La letalità delle nuove sostanze sintetiche, tutte ad azione dissociativa, allucinogena, attivante, produce un incremento di sindromi paranoidee, con corteo dispercettivo, spesso non rispondenti alla terapia antipsicotica e senza remissione dopo la cessazione di uso delle sostanze. Questi soggetti, in termini fenomenologici, *hanno una psicosi*, piuttosto che *essere psicotici*. Questo li mette in una posizione di incremento della sofferenza, poiché la *presa di posizione* del soggetto di fronte alla malattia è più netta. Si tratta di situazioni che ricordano molto da vicino le *psicosi organiche* o *esogene*, dense di *automatismi* (de Clerambault, 1920). Il lavoro della psicoterapia, qui, è cruciale nel delimitare il confine tra l'esperienza soggettiva e la sovrapposizione patologica. Il punto è questo: quale psicoterapia è in grado di fronteggiare un soggetto *chimerico*, ovvero un soggetto che ospita dentro di sé un *not-self* caratterizzato dallo "psicoma"<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> Il rione Toiano fu costruito per dare ospitalità ai profughi del Rione Terra di Pozzuoli dopo il bradisismo del 1970. Migliaia di appartamenti in palazzi alveare. Campi sportivi in cemento e porte dipinte, come le piscine gonfiabili nelle Salicelle ad Afragola, dove morì il buon Salvatore. I tossici, aggruppati sulle sedie spaiate e sgangherate fuori al SerT, lo picchettano. Il SerT è in fondo al rione, in una serie di *container* impilati l'uno nell'altro. E' l'ultimo miglio, dove la terra intorno ai *container* cementificati è ancora verde ed è lavorata dai pazienti dell'alcolgia.

<sup>23</sup> Il termine *psicoma* è stato introdotto in letteratura dagli psicopatologi della metà del Novecento (AA.VV. *Le psicosi sperimentali*, 1962), che si sono dedicati allo studio delle

sintetico? Il contatto con le parti più profonde e vitali di un essere umano, da parte di un altro essere umano, presuppone la mobilitazione e la messa in gioco di queste stesse parti. Dunque non si tratta qui di una psicoterapia tecnica. Nessuna tecnica può *mettere in risonanza* l'umano, la vita si accosta *solo* con la vita (Dilthey, 1883; Jaspers, 1913). Allo stesso modo il terapeuta non può essere *naïve*. I requisiti sono: un prolungato lavoro psicoterapeutico-trasformativo su se stessi, un sentimento di identificazione e di vicinanza profondo a questo tipo di pazienti, una conoscenza non superficiale della psicopatologia e della clinica. Lo strato *patico* (Straus, 1930; Masullo, 2003) che si contatta immediatamente è quello del dolore<sup>24</sup>, speso celato dietro la difesa dell'indifferenza, della noia, del ghiaccio. Rotta la crosta del ghiaccio il dolore viene fuori copioso. Si tratta di un dolore da perdita, è la perdita di tessuto esistenziale, di opportunità di vita. E' l'esistenza mancata o sventurata (*missgluckten*) che grida<sup>25</sup>. Il grido scuote l'indifferenza, perché "solo nel patico si esiste" (Masullo, 2003). Dunque solo una psicoterapia che si porti a livello del patico può spiazzare queste esistenze. L'esplicitazione e la condivisione in gruppo del dolore si traduce in una dolcezza. C'è un fondo di dolcezza nella nostalgia, un sentimento di infinito che

---

sindromi psichiche determinate da LSD. Con il termine *psicoma* essi intendevano la neoformazione (*oma* è il suffisso che in patologia medica si applica alla formazioni neoplastiche), costituita da sintomi artificiali caratteristici determinati dall'LSD. Secondo gli Autori lo *psicoma* si instaura nella struttura mentale o psichica del soggetto come un vero e proprio corpo estraneo. Il resto dello psichismo del soggetto si applica e si trasforma in un lavoro di reazione al bordo del processo morboso indotto dalle sostanze.

<sup>24</sup> Carcere femminile di Pozzuoli, *Dasein*-analisi di gruppo: una dozzina di donne scavate dal dolore. Le *tossiche* sognano di farsi. Le assassine sognano le vittime coricate accanto a loro. L'ammalata di cancro sogna la vita. Le madri sognano i figli. Sono l'unico maschio. Non provo vergogna. Non mi considerano estraneo. Non sento odio. Mi perdonano. Le perdono.

<sup>25</sup> Centro "Giano", Caivano, 4 luglio 1913. Gruppo *Dasein*-analitico: perché piangiamo siamo vivi. Perché le lacrime hanno un motivo. La droga no. Antonio, la montagna, piange. Antonio piange. Babbo Mario piange il suo Zarzillo. Antonina piange il suo sogno perduto. Bartosz la sua vita perduta. Io piango. Anche Rita ha gli occhi bagnati. "Mio fratello è morto di AIDS, era bellissimo, omosessuale perché era stato violentato da piccolo. Mia madre si è suicidata in ospedale, con centinaia di compresse di lexotan che aveva accumulato all'insaputa di tutti".

prende il posto del sentimento di perdita. Il dolore viene costituito come esperienza. Se il dolore viene costituito come esperienza è metabolizzabile. Se non viene costituito come esperienza non è metabolizzabile. Se il dolore viene costituito come esperienza di esso si può parlare, quindi se ne può anche prendere al distanza. Lo si può riconoscere, il proprio dolore, spesso nel dolore dell'altro<sup>26</sup>, quando acquista le sembianze di un "tu", mentre dentro di sé non si sentiva nulla, neanche il dolore stesso. Lo si può rievocare, lo si può gestire. Non se ne è sopraffatti. Questa riserva di dolore è una riserva di senso, che, in condizioni ordinarie, spinge il soggetto a cercare l'anestesia della sostanza, dunque elaborare il dolore significa togliere terreno alla sostanza.

Nel gruppo *Dasein*-analitico la risonanza del dolore altrui rende il proprio dolore più prezioso, meno proprio e *più proprio*. La perdita si allarga, come una falla, si fa confluenza di altre perdite, e per questo unisce. Diventa perdita originaria. Diventa perdita a partire dalla quale il soggetto si ricostituisce come qualcosa di ferito, di mutilato, di proprio, di originale, di autentico, di connotato da quella perdita che, smarrito, si specchia negli altri orfani della vita. E, soprattutto, come qualcosa che include, nelle proprie radici, anche le lacrime dell'altro. Le lacrime, condensati delle parole che non si riescono a dire, della parole che non si possono dire. I compagni morti tornano a parlare con la mia voce; gli anni trascorsi, muti, della mia vita, ricodificano una storia da cui provengo e che io stesso non sapevo più di avere.

---

<sup>26</sup> 10 settembre 2013, gruppo *Dasein-analitico*, Centro "Giano": Laura ed Antonio distanti, poi si tengono per mano. Lei è bruna, bella, di famiglia di professionisti, cresciuta al Vomero. Lui grosso, orbo, di famiglia operaia, cresciuto alla periferia di Milano, li uniscono tre cose, la vita da strada, la malattia agli occhi, la droga. Si tengono per mano. Si raccontano. Si danno forza. Non sono riusciti distruggersi. Laura parte ancora una volta. Antonio sceglie di rimanere.

### **Passioni senza sbarre<sup>27</sup>**

Lo stanzone è quello allestito per una scuola, con le seggiole e i banchetti di legno verde acqua e di ferro che sanno di infanzia e di adolescenza. Ma non è una scuola. La lavagna è vuota, addossata sulla parete di disegni incollati. Decorazioni e scritte tutt'intorno rimandano al clima dell'aula. Una telecamera nell'angolo in alto riprende discreta, accanto al lucernario buio, a sbarre, scavato profondo nel tufo. Il colore alle pareti alte, fatte di volte e mura massicce, di ogive e feritoie con spesse grate, è di un giallo pallido. Il soffitto è bianco. Non è una scuola. Siamo nel penitenziario femminile di Pozzuoli, antico ex-convento. Di fronte il profilo del Rione Terra, proteso tra cielo e mare.

E' un pomeriggio, di un giovedì qualsiasi, alla spicciolata, dalle celle dei piani vengono condotte dalle agenti di custodia circa quindici, sedici donne, di varia età e nazionalità. La maggior parte di loro sono *tossiche*. Arrivano come pellegrine, con le loro felpe, le braccia strette al corpo, sempre come se avessero freddo. Alcune stanno approfittando della detenzione per scalare il famigerato metadone. Ma il freddo interno è più di quello esterno. Come si misura la temperatura della solitudine e quella della nostalgia? Le seggiole sono in cerchio, un cerchio ovale, perché la stanza è oblunga, i banchi sono ammassati da una parte. Qualche seggiola che rimane vuota sta lì per chi non c'è più, cioè per chi, libera, è tornata nel mondo, lasciando dietro di sé la nostalgia della propria presenza perduta. Ma anche per chi, sopraffatta dall'inanità, non è voluta scendere. Al centro del cerchio due sedie vuote si fanno ombra l'una

---

<sup>27</sup> Il Carcere femminile di Pozzuoli è ospitato in un convento del XV secolo (1472). Già sede di una confraternita di marinai e pescatori, bagno penale dal 1867. Vi si spese, nel 1736, Giovan Battista Pergolesi. 22 celle distribuite su tre piani. Due quelle destinate all'osservazione psichiatrica. Fino a 12 persone per cella. Molte straniere. Per lo più nordafricane e dell'est europeo. L'esperienza del gruppo *Dasein*-analitico qui è stata forte. L'avevo fatta nel carcere di Poggioreale in anni giovanili. Con le donne la musica è diversa. Quello che mi ha fatto più piacere è stato non sentirmi a disagio.

con l'altra: aspettano l'incontro. Dopo il silenzio iniziale, in cui è greve l'atmosfera della penombra, e freddo è l'abbraccio che ognuno dà a se stesso, la voce del conduttore apre sulla tristezza, sul senso di incontrarsi tra sconosciuti in uno spazio sospeso, ognuno alla ricerca di un contatto con il proprio se perduto, nella speranza di poterlo, per caso trovare nell'altro. Sulla difficoltà ad incontrarsi con se stessi. Fanno seguito, una dopo l'altra, le voci delle donne. Fino a che il silenzio si rompe di singhiozzi. Poi due persone si alzano per abbracciarsi. In quel momento la crosta del dolore cupo si incrina di colpo. Due corpi si stanno toccando per tutti: non per farsi del male, ma per trasmettersi il calore di una comprensione e di un contatto. "Hai gridato" "Ti ho sentito" "Il tuo dolore è anche il mio": questo sembrano sussurrarsi i corpi che ritrovano, per un attimo, la propria vita tra le braccia di un altro, che fino a poco prima non conoscevano. In quel preciso momento, dentro le presenze spettanti nella circolarità dei confini gruppali, cambia la scena: sono tutti quei due che si stanno abbracciando. Il cerchio periferico del gruppo si sposta nei confini delle braccia che si tengono. Sulle due seggiole vuote al centro del gruppo prendono, a questo punto, posto due persone, che, tenendosi per mano e guardandosi negli occhi, esprimeranno l'una all'altra quello che provano. "Cosa provi qui in questo momento" è l'appello fondamentale che il conduttore fa ad ognuna, in un giro iniziale ed in un giro finale di vissuti. Ma è anche ciò da cui partono le persone che stanno al centro.

La struttura del gruppo è aperta, prevede cioè una partecipazione libera, ed è soggetta agli addii, delle donne che escono; agli abbandoni, di quelle che scelgono di non parteciparvi. Ma è anche la struttura dentro la quale trovano il nido quelle che sentono un giovamento. Il gruppo, al di là della catarsi emotiva, cioè del benessere che può derivare ad ognuno dall'aver esternato ed espresso le proprie emozioni, lavora alla ricostituzione della *struttura*

*intersoggettiva ed intercorporea del sé*; l'analisi del dolore<sup>28</sup> come esperienza centrale (perdita della libertà, perdita della vita, perdita del contatto con i figli e con i familiari, con il proprio mondo, nostalgia della sostanza), esperita insieme, consente al dolore un accesso che in termini individuali è precluso, poiché insostenibile. Il dolore individuale, aperto e circolarizzato, viene caricato di valore. In una vita che, strappata dal proprio mondo, sospesa nell'attesa di una sentenza, si colloca tra il già e il non ancora, il dolore rappresenta un legame sentito e dunque saldo con la propria storia, e rappresenta il senso di un futuro. Il dolore, che ti fa sentire di esistere in quanto soggetto o persona ferita o dolente, di doverti fare carico della tua propria esistenza, dei pezzi che ne rimangono, e di dover andare avanti. Del calco a vuoto della propria vita. Poter piangere, potersi abbracciare, potersi lasciare andare alla tenerezza indifesa delle proprie emozioni, in un universo come quello del carcere dove impera la legge della violenza, del controllo, della sopraffazione, e dove l'unico modo per farsi notare spesso è autolesionarsi, significa poter liberare almeno le sbarre della coartazione interna.

La peculiarità di un gruppo interamente femminile è quella di passare attraverso una diffidenza iniziale reciproca<sup>29</sup>, che ad alcune impedisce di ritornarci, per trovare a poco a poco una fiducia, un rispetto, un coraggio a stare nel proprio dolore, ad accettarlo, e a trovare nel proprio dolore le risorse per andare avanti, per risorgere,

---

<sup>28</sup> 12 giugno 2013. CCF Pozzuoli. Giovedì ore 14-16- Gruppo fenomenologico. Le donne. Il dolore. La rabbia. Gli abbracci e le lacrime. Dopo un primo giro sulla crosta di ghiaccio la caduta, la crepa. L'olio bollente. "Io ho il cancro. Io mi impicco. Io ho tentato di uccidermi". La relazione omosessuale come dono della libertà nella prigionia. La libertà di amare chi si vuole. Non soggiacere più alle leggi anatomiche. Chi sopravvive al carcere è chi ama e chi è amato dentro il carcere.

<sup>29</sup> In carcere adesso Tiziana, *tossica borderline* recidiva e aggressiva, mi sorride, Delphine mi ha raccontato che ha visto il nonno fare a pezzi la nonna mentre stavano in Francia. Lei era incasa. Bellissima, faceva la *hostess*, poi l'incontro con l'eroina l'ha travolta. Quest'altra mi parla dei figli, con un uomo, con un altro, di carceri, spaccio, libertà vigilata, mamme, sono vite in cui non mi raccapezzo, sono vite sismiche.

per rifondare il proprio progetto-di-mondo (*Weltentwurf*) su basi coesistentive e autentiche. Al contatto con il dolore, infatti, è connessa anche una certa esperienza di libertà. Di libertà dai vincoli, dalla sottomissione a figure maschili vessatrici e persecutorie, a legami familiari o della sottocultura del mondo di origine. Di libertà dalla persecutorietà di un fantasma. Di libertà dalle sostanze stupefacenti. Di libertà della parola, una parola non più strumentale ad ottenere qualcosa per sé, ma a veicolare qualcosa di sé all'altro.

### **Al cuore: la cura patico-trascendentale**

L'Autore in questo lavoro ha inteso enfatizzare l'importanza della *relazione di incontro* nel trattamento delle patologie da dipendenza, di una relazione, tuttavia, che coinvolga *a pieno* la coppia operatore-utente sul piano umano, come un "io" e un "tu" che si riconoscono e che si scoprono indissolubilmente legati, non solo su quello tecnico o burocratico. Questo non significa privilegiare chi ha meno competenze tra gli operatori, e chi è più diretto nella comunicazione. Significa, al contrario, selezionare e formare operatori che rispondano ad una sorta di vocazione, che sentano, in qualche modo, una *comunione di destino* (Jaspers, 1913) con i loro pazienti, e che siano capaci di mettere da parte le *istruzioni* (salvo recuperarle in un secondo momento) e di stabilire un contatto con quel *fondo della vita* che neanche più si intravede in esistenze sbriciolate, tenute insieme sono da un'unica, grande passione: la *mania* per la sostanza.

Le conclusioni di questo lavoro affondano le loro premesse nella quotidianità che per quindici anni l'Autore ha condiviso con i tossicodipendenti affetti da disturbi gravi della personalità e psicotici, in un contesto di Centro diurno molto peculiare.<sup>30</sup>Le radici

---

<sup>30</sup> Il centro "Giano" di Casavatore/Caivano (Na), da me costituito e diretto dal 2004 al 2013, è stato dislocato dapprima di fronte a Scampia, successivamente a pochi metri dal Parco Verde, una delle aree di spaccio più importanti per tutta l'area a nord di Napoli. Il Parco Verde è sorto dopo il terremoto dell'Ottanta, per ospitare i profughi. 4000 persone

teoriche di questa impostazione, invece, risalgono alla corrente carsica del movimento fenomenologico e psicopatologico europeo<sup>31</sup> (v. Spiegelberg, 1972)

Con l' *esperienza* del proprio *dolore* risonante nell'altro, si rivela il senso, che *costitutivamente* apre all'esperienza intersoggettiva. Data la difficoltà dell'impresa, l'Autore ha messo a punto, negli anni, lavorando in contesti istituzionali con tossicomani, una forma concreta di lavoro fenomenologico che ha denominato gruppo *Dasein-analitico*.<sup>32</sup>

Questa esperienza, che coinvolge, al di là del ruolo, operatori e utenti, punta al *cuore*.

Il *cuore*, nell'approccio fenomenologico binswangeriano, è l'abbrivio risolutorio di ciò che in termini discorsivi rimane disgiunto, irricomponibile. Il *cuore* è il momento fecondo, il tracciato originario dove l'intersoggettività può rimettere il soggetto in condizioni di ricominciare a declinarsi nel mondo, secondo un progetto interumano e non inorganico. Il *cuore*, affettivamente *patito*, va *transcendentalmente* costituito. Al *cuore* si accede attraverso un'operazione di *epoché*, ovvero di distacco dall'atteggiamento

---

agglomerate in un complesso di edifici alti e ravvicinati, tinti di verde pallido. Intorno la "terra dei fuochi", avvelenata da discariche a cielo chiuso e a cielo aperto. Ignoranza, spaccio, sacche di emarginazione e di degrado, la sensazione che la civiltà si sia fermata ai Regi Lagni di borbonica memoria. E' stato un Centro diurno peculiare, poiché dotato di psichiatri e psicologi in pianta stabile, oltre che di infermieri, educatori, assistenti sociali. Ha funzionato sia da diurno che da ambulatorio. In circa dieci anni di attività, a fronte di territori devastati, ha reclutato circa 800 tossicomani con disturbi gravi della personalità e psicotici, sottraendone moltissimi a destini segnati. Il gruppo *Dasein-analitico* vi aveva luogo una volta a settimana. All'interno si è sempre cercato di mantenere costante un'atmosfera di accoglienza e di valorizzazione forte della persona e delle proprie esperienze interne.

<sup>31</sup> Particolarmente debitore sono al pensiero di Bruno Callieri sull'incontro, sull'alterità e sull'intersoggettività; al pensiero di Lorenzo Calvi sulla fenomenologia come cura trascendentale; ad Arnaldo Ballerini per la sua ricerca di senso delle esperienze autistiche.

<sup>32</sup> Sento il dovere di ringraziare le dottoresse Antonina Di Cintio e Assunta Cangiano, psicologhe, che hanno condiviso con me e con i ragazzi del "Giano" illusioni e speranze, cadute e riprese, morti e rinascite, in un clima di giorni incredibilmente belli, nella memoria, si spera non irrimediabilmente perduti.

naturale, che consente al clinico e al paziente di prendere contatto con il *fondo della vita*, con ciò che è preverbale, ante predicativo, con la *Lebenswelt*. La *Lebenswelt* è agli antipodi di ciò che è la *mondificazione* dell'esistenza operata dalla sostanza. Nella *Lebenswelt* brilla l'intersoggettività originaria, che il paziente ha lacerato, e che diventa il principio di rinucleazione di tutta la propria vita.

La convinzione dell'Autore è che gli approcci razionali o troppo tecnici, nei tossicomani, vanno a cercare il soggetto dove il soggetto non c'è, poiché le sue fondamenta non lo tengono. Questo approccio mira, invece, a ricostituire il *fondo intersoggettivo della persona*, su cui edificare le tappe del discorso successivo,

Il fallimento di molte esperienze comunitarie, di riabilitazione psicosociale, di psicoterapia e di farmacoterapia sono probabilmente dovute alla mancata consapevolezza di non avere a che fare con un soggetto intero, costituito da un *io trascendentale fondante*, a matrice affettiva, e da un *io empirico* da questo fondato, ma con un *io empirico* alla deriva, a cui manca ogni *ancoraggio intersoggettivo* (Ballerini, 1996) costretto a tornare ad infrangersi sulla sostanza, che rimane, nella sua vita, l'unico elemento di polarizzazione.

La formazione di un operatore in grado di essere efficace su questo piano, deve passare per la sofferenza e per l'azione, e deve avere un *background* di tipo filosofico e psicopatologico, che in genere i vari *training* non compendiano.

Per questo motivo molti dei pazienti che incontriamo rimangono fuori dalla portata dei nostri raffinati modelli di psicoterapia, e per lo stesso motivo sempre più operatori "psi" prendono il posto lasciato vuoto dai pazienti, negli studi di terapisti didatti, contribuendo a corroborare modelli mentali stupendi, ma inutilizzabili dove la mente, anche temporaneamente, non c'è più.

Ad ogni modo lo scopo di questo lavoro rimane quello di lanciare un appello agli uomini di *buona volontà*: non facciamo sì che i tossicomani, affetti da una delle più tragiche tra le sofferenze umane, la malattia della libertà, siano lasciati al proprio destino.

## Bibliografia

- AA.,VV. (1962). *Le psicosi sperimentali*. Feltrinelli, Milano.
- Ballerini, A. (1996). Callieri B. *Breviario di Psicopatologia*. Feltrinelli, Milano.
- Ballerini, A. (2002). *Psicopatologia fenomenologica: percorsi di lettura*. CIC, Roma.
- Barison, F. (1978). *Autenticità e psicoterapia*. Rivista sperimentale di Freniatria, CII, 3, 43-56.
- Barison, F. (1992). *Experiençès de "psychotherapie" dans une psychiatrie inspirée de Heidegger*. Comprendre, 6, 77-82.
- Barison, F. (1988). *Principi di una Psicoterapia Fenomenologica*. In: Petrella F., Modelli e tecniche in psicoterapia, Centro Scientifico Torinese.
- Benedetti, G. (1980). *Alienazione e personazione nella psicoterapia della malattia mentale*. Einaudi, Torino.
- Benedetti, G. (1976). *Der Geisteskranke als Mitmensch*. Vandenhoeck & Ruprecht, Goettingen.
- Benedetti, G. (1964). *Klinische Psychotherapie*. Huber Verlag, Bern.
- Benedetti, G. (1991) *Paziente e terapeuta nell'esperienza psicotica*. Boringhieri, Torino.
- Benedetti, G. (1992). *Psychotherapie als existentielle Herausforderung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Goettingen.
- Berg J.H.,van den. (1961). *Fenomenologia e Psichiatria*. Bompiani, Milano.
- Binswanger, L. (1963) *Essere nel mondo*. Astrolabio, Roma.
- Binswanger, L. (1957). *Daseinsanalyse und Psychotherapie*. Aktuelle Psychotherapie, Speer, Zurich.

- Binswanger, L. (1958). *Daseinsanalyse, Psychiatrie, Schizophrenie*. Conferenza in lingua tedesca e inglese tenuta a Zurigo al II congresso internazionale degli psichiatri, Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat., LXXXI, 1/2, 1958; trad.it. di Esposito S., in *Attualità in psicologia*, 18, 3-4, 2003, 197-204.
- Binswanger, L. (1942). *Grundformen und Erkenntnis Menschlichen Daseins*. Niehans, Zurich.
- Binswanger, L. (1957) *La psichiatria come scienza dell'uomo*. Ponte alle Grazie, Firenze, 1992.
- Buber, M. (1992). *Il principio dialogico e altri scritti*. San Paolo, Milano.
- Callieri, B. (1985). *Antropologia e Psichiatria clinica*. Quaderni Italiani di Psichiatria, IV, 205-234.
- Callieri, B. (1983). *Antropologia e psichiatria*. Dall'oggettività del "caso" all'esperienza di rapporto e di incontro con la persona. *Medicina e Morale*, 180.
- Callieri, B. (1994). *Aspetti antropofenomenologici dell'incontro con la persona delirante*, in *Il delirio*, a cura di Pancheri P. e Biondi M. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 37-46.
- Callieri, B. (1987) *Dimensioni antropologiche della Psicopatologia della corporeità*. *Neurologia, Psichiatria ,Scienze Umane*, 7, 709-722.
- Callieri, B. (1990). *Il paziente borderline sulla linea di confine tra mondo isterico e mondo narcisista*. In: *Personalità e Psicopatologia*, a cura di P. Sarteschi e C. Maggini, ETS, Pisa, 223-230.
- Callieri, B. (1994). *Il senso di colpa*. Aspetti di psicopatologia antropologica, in *La cura dell'infelicità*, A.A.V.V., Theoria, Roma, 57-87.
- Callieri, B. (1982). *L'ambiguità dell'incontro*. In: *L'identità dello psichiatra*, a cura di Giberti F., Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 21-25, 1982.
- Callieri, B. (1993) *L'esperienza del Leib sessuale nei tossicodipendenti*. *Attualità in Psicologia*, 5-9, 8.
- Callieri, B. (2001). *La prospettiva fenomenologica come presupposto all'incontro psicoterapeutico*. Att. In *Psicol.*, 5-24, 1.
- Callieri, B. Maldonato M. (1998). *Ciò che non so dire a parole*. Guida, Napoli.
- Callieri, B., Maldonato M., Di Petta G. (1999). *Lineamenti di psicopatologia fenomenologica*. Guida, Napoli.
- Callieri, B. (1993). *Percorsi di uno psichiatra*. Ed.Univ. Romane, Roma.

- Callieri, B. (2004) *Prefazione a "Il mondo tossicomane" di G. Di Petta*. F. Angeli, Milano.
- Callieri, B. *Presentazione a "Gruppoanalisi dell'esserci", di G. Di Petta*. F. Angeli, Milano, in stampa.
- Callieri, B. (1981). *Psichiatria, Enciclopedia del Novecento*. Ed. Encicl. Ital., 5.
- Callieri, B. (2001). *Quando vince l'ombra*. Ed. Univ. Romane, Roma.
- Callieri, B. (1997). *Wahnstimmung e perplessità : la sospensione di significato tra gli esordi del delirare schizofrenico*. In: *Psicopatologia della schizofrenia a cura di Rossi Monti M., Cortina, Milano*.
- Calvi, L. (2005). *Il tempo dell'altro significato. Esercizi fenomenologici di uno psichiatra*. Mimesis, Milano.
- Calvi, L. (2006). *Introduzione a "Gruppoanalisi dell'esserci", di G. Di Petta*. F. Angeli, Milano.
- Calvi, L. (1993). *Prospettive antropofenomenologiche*. In: *Trattato Italiano di Psichiatria, AAVV, Masson, Milano, 97-100*.
- Cargnello, D. (1977). *Alterità e alienità*. Feltrinelli, Milano.
- Cargnello, D. (1947). *Amore, Amicizia, Aggressività e ipseità nell'antropologia di Ludwig Binswanger*. Riv.di Psicologia, 3/4.
- Correale, A. et al. (2001). *Borderline, lo sfondo psichico naturale*. Borla, Roma.
- Correale, A. (1991). *Il Campo Istituzionale*. Borla, Roma.
- Correale, A. (2006). *Presentazione a "Gruppoanalisi dell'esserci", di G. Di Petta*. F. Angeli, Milano.
- De Clerambault, G. (1994). *Automatismo mentale*. Psicosi passionali, Metis, Chiesti.
- Di Petta, G. (2004). *Il mondo tossicomane, fenomenologia e psicopatologia*. FrancoAngeli, Milano.
- Di Petta, G. (2005). *Esistenza e Delirio. Il faccia-a-faccia*. Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- Di Petta, G. (2006). *Gruppoanalisi dell'esserci: tossicomania e terapia delle emozioni condivise*. F. Angeli, Milano.
- Di Petta, G. (2003). *Il mondo vissuto. Clinica dell'esistenza, fenomenologia della cura*, Ed. Univ. Romane, Roma.

- Di Petta, G. (2009). *Nella terra di nessuno. Doppia diagnosi e presa in carico integrata: l'approccio fenomenologico*. Edizioni Universitarie romane, Roma.
- Di Petta, G. (1996). *La descrizione dell'incontro in psicopatologia clinica*. In: Breviario di psicopatologia, a cura di A. Ballerini e B. Callieri, Feltrinelli, Milano, 59-74.
- Di Petta, G. , Scurti P. (2001). *Merci Madame: eroiniche vite, Dante e Descartes*. Napoli.
- Di Petta, G. (1995). *Senso ed esistenza in psicopatologia*. pref. di B. Callieri e postfaz. di A. Ales Bello, Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- Dilthey, W. (1883) *Introduzione alle scienze dello spirito*. La Nuova Italia, Firenze, 1974.
- Gebsattel, V. E. (1954). *Zur Psychopathologie der Sucht*. In: Prolegomena einer medizinischen Anthropologie, 220-227, Springer, Berlin.
- Heidegger, M. (1927) *Sein und Zeit*. Niemeyer, Tübingen. trad. italiana Essere e Tempo, a cura di P. Chiodi, Longanesi & C, Milano, 1970.
- Husserl, E. (1907) *L'idea della Fenomenologia*. Il Saggiatore, Milano, 1988.
- Husserl, E. (1913-1928) *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*. Einaudi, Torino, 1965.
- Husserl, E. (2000). *Fenomenologia e teoria della conoscenza*. Bompiani, Milano.
- Husserl, E. (1981). *Per una fenomenologia della coscienza interna del tempo*. Franco Angeli, Milano.
- Jaspers, K. (1913). *Psicopatologia Generale*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1998.
- Jaspers, K. (1950-1955). *Il medico nell'età della tecnica*. intr. di U. Galimberti, Cortina, Milano, 1986.
- Kaes, R., Pinel J. P., Kernberg O., Correale A., Diet E., Duez B. (1998). *Sofferenza e patologia dei legami istituzionali*. Borla, Roma.
- Laing, R. D. (1969). *L'io diviso*. Studio di psichiatria esistenziale, Einaudi, Milano.
- Masullo, A. (1997). *"Io": il fantasma dell'identità*. In: L'io mancante, A.A.V.V., Loggia de' Lanzi, Firenze, 61-83.
- Masullo, A. (1999). *Fenomenologia del frammento e psichiatria dell'incontro*. Saggio introduttivo. In: Lineamenti di Psicopatologia fenomenologica, di Callieri B., Maldonato M, Di Petta G., 17-30, Guida, Napoli.

- Masullo, A. (2003). *Patitività e indifferenza*. Il Melangolo, Genova.
- Masullo, A. (2005). *Postfazione a "Esistenza e Delirio", di G. Di Petta*. Edizioni Universitarie Romane, Roma.
- Melville, H. (2004). *Moby Dick o La balena*. Mondadori, Milano.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenologia della percezione*. Il saggiatore, Milano, 1965.
- Minkowski, E. (1936). *Vers une cosmologie...Fragments philosophiques*. Aubier-Montaigne, Paris, 1967.
- Minkowski, E. (1966) *Trattato di psicopatologia*. Feltrinelli, Milano, 1972.
- Minkowski, E. (1968). *Il tempo vissuto. Fenomenologia e psicopatologia*. Einaudi, Torino, 1971.
- R. Laing. (1975). *L'io diviso*. Einaudi, Milano.
- Scheler, M. (1980). *Essenza e forma della simpatia*. Città Nuova, Roma.
- Sissa, G. (1996). *Il piacere e il male*. Feltrinelli, Milano.
- Straus, E. (1930). *Vom Sinne der Sinne*. Springer, Berlin.
- Straus, E. (1978). *Geschehenis und Erlebnis*. Springer, Berlin.
- Tatossian, A. (1979). *Phenomenologie des Psychoses*. Masson, Paris.
- Tellenbach, H. (1968). *Geshmack und Atmosphaere*. Mueller Verlag, Salzburg.
- Weizsaecker von V. (1967). *Pathosophie*. Vandenhoeck & Ruprecht, Goettingen.
- Weizsaecker von V. (1968). *Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*. Georg Thieme, Stuttgart.
- Welsh, I. (1999). *Acid House*. Guanda, Parma.
- Welsh, I. (1996). *Ecstasy*. Guanda, Parma.
- Zolla, E. (1998). *Il dio dell'ebbrezza*. Einaudi, Torino.
- Zutt, J. (1963). *Zur Anthropologie der Sucht*. In: *Auf dem Wege zu einer Anthropologischen Psychiatrie*, 423-430, Springer, Berlin.