

# Corso Base di Psicopatologia Fenomenologica

III edizione - anno 2013

*La Psicopatologia Fenomenologica come fondamento della diagnosi, della comprensione e delle terapie dei disturbi mentali*

## Il mondo dei pazienti con disturbo del comportamento alimentare

**Nicolò Terminio**

Psicoterapeuta – Ph.D.

*Roberto Vitelli legge L. Binswanger: Il caso Ellen West*

Palazzo Borghese – Via Ghibellina, 110 r – Firenze  
19-20 ottobre 2013

# Psicopatologia fenomenologica e disturbi del comportamento alimentare

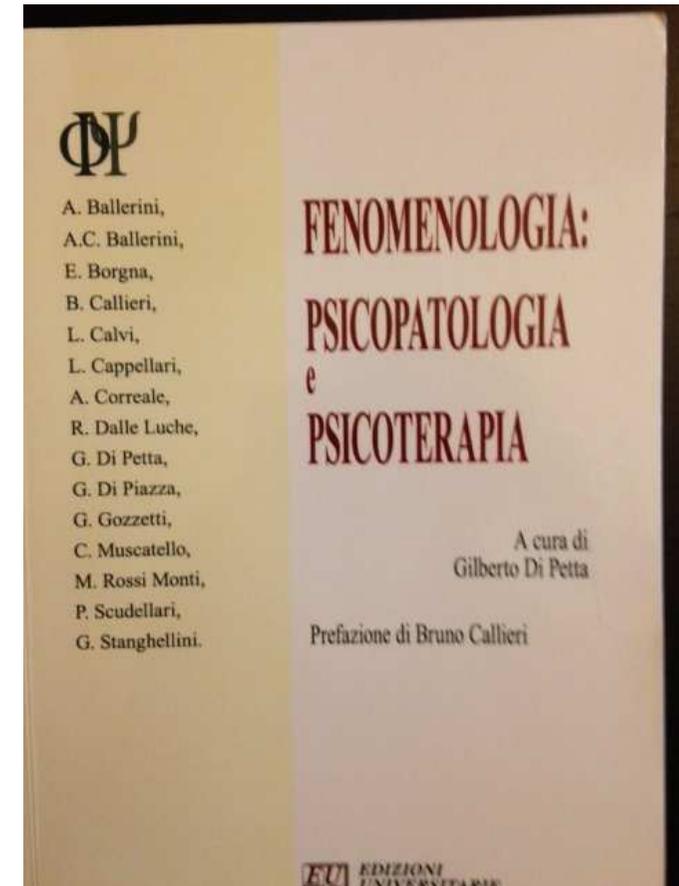
## *Una traccia*

- **I disturbi del comportamento alimentare**
  - Malattie non dell'appetito: frammenti storici e trasformazioni del sintomo
- **Il modello fenomenologico-dinamico**
  - Psicopatologia fenomenologica e psicoanalisi
  - Dispositivi di vulnerabilità
- **Psicopatologia del mondo anoressico-bulimico**
  - Il rapporto tra soggetto e inconscio
  - Il rapporto tra soggetto e Altro
  - Il rapporto tra soggetto e corpo
- **Scansioni della cura**
  - I preliminari della cura
  - La direzione della cura

# Fenomenologia, Psicopatologia e Psicoterapia

L'orientamento fenomenologico in *psicopatologia* pone in rilievo la dimensione del vissuto soggettivo: la malattia mentale non viene osservata dall'esterno come se fosse un mero fenomeno biologico, ma viene interrogata come l'indice semantico del percorso esistenziale di un paziente.

Il legame tra fenomenologia e *psicoterapia* non è scontato, sebbene la psicopatologia fenomenologica si sia configurata sin dai suoi albori come un'innovazione epistemologica e metodologica dell'incontro con il malato mentale.



## Husserl, Freud e l'inconscio

Michel Foucault nella sua Introduzione a *Sogno ed esistenza* di Binswanger metteva in valore alcuni aspetti. La sua lettura apre un parallelo tra Husserl e Freud: "Sarebbe utile insistere un po' sulla coincidenza di due date: 1899, le *Ricerche logiche* di Husserl, 1900, *L'interpretazione dei sogni* di Freud. Duplice sforzo dell'uomo per rientrare in possesso dei propri significati e di se stesso a partire dall'atto stesso della significazione".

[M. Foucault (1954), *Il sogno*, trad. it. di M. Colò, pref. di F. Polidori, Cortina, Milano 2003, p. 7. Il testo citato è stato pubblicato per la prima volta come "Introduzione" per l'edizione francese di *Sogno ed esistenza* di L. Binswanger. In italiano si veda M. Foucault "Introduzione", in L. Binswanger (1930), *Sogno ed esistenza*, trad. it. di L. Corradini e C. Giussani, SE, Milano 1993, pp. 11-85.]



## La svolta terapeutica della fenomenologia

Negli ultimi due decenni lo sforzo dei clinici appartenenti alla scuola italiana di psicopatologia fenomenologica è stato rivolto verso una chiarificazione pragmatica dei concetti chiave della fenomenologia con l'obiettivo finale di tracciare le coordinate di base per un approccio fenomenologico in psicoterapia.

In particolare l'impulso verso una svolta terapeutica della fenomenologia è stato sollecitato dall'apertura di un confronto sempre più maturo con la psicoanalisi.

# Psicoanalisi e psicopatologia fenomenologica

Il rapporto tra fenomenologia e psicoanalisi è stato costruito da un lato sulla necessità della fenomenologia di trovare una declinazione tecnica dei concetti di base e dall'altro sulla necessità della psicoanalisi di superare la tecnica delle interpretazioni classiche attraverso l'adozione di un atteggiamento terapeutico che si possa avvalere di manovre non interpretative.

*Int J Psychoanal* 2005;86:011-32

## New interpretative styles: Progress or contamination?

### Psychoanalysis and phenomenological psychopathology<sup>1</sup>

MARIO ROSSI MONTI

Via G. Vico 13, I-50136 Firenze, Italy — m.rossimonti@uniar.it  
(Final version accepted 29 May 2004)

*Psychoanalysis has started to recoup, often quite implicitly, a more phenomenological stance, ever since psychoanalysts have started working with borderline and psychotic patients. As many of these patients have commonly been through traumatic experiences, psychoanalysts have been using an approach that questions the role of traditional psychoanalytical interpretation and pays more attention to the patient's inner conscious experiences; this approach is characteristic of a specific form of contemporary psychiatry: phenomenological psychopathology founded by Karl Jaspers in 1913 and developed into a form of psychotherapy by Ludwig Binswanger with his Daseinsanalyse. If what we could call a phenomenological 'temptation' has been spreading over psychoanalysis, so too has a psychoanalytical 'temptation' always been present in phenomenological psychopathology. In fact, even though this branch of psychiatry has led us towards a deeper understanding of the characteristics of psychotic being-in-the-world, its therapeutic applications have never been adequately formalised, much less have they evolved into a specific technique or a structured psychotherapeutic approach. Likewise, phenomenological psychotherapy has always held an uncritical attitude towards psychoanalysis, accepting its procedures but refusing its theoretical basis because it is too close to that of the objectifying natural sciences. Psychoanalytical 'temptation' and phenomenological 'temptation' can thus be considered as two sides of the same coin and outline a trend in psychoanalytic and phenomenological literature which points out the fundamental role of the patient's inner conscious experiences in the treatment of borderline and psychotic patients.*

**Keywords:** phenomenology, phenomenological psychopathology, interpretation, psychosis, empathy, insight, therapeutic action, trauma

### Phenomenological psychopathology: A pointless occupation?

Using an inevitably reductive language, we could describe phenomenological psychopathology as a psychology of what is pathological that adopts as the constitutive element of its identity the fact of being a method for catching and describing psychopathological experiences. It does this by following a method based on the practice of 'suspension of judgement' or of 'putting into brackets' our conventional knowledge of the world surrounding us. Furthermore, a fundamental role in this psychology is attributed to consciousness, in so far as it can perceive and express subjective experiences.

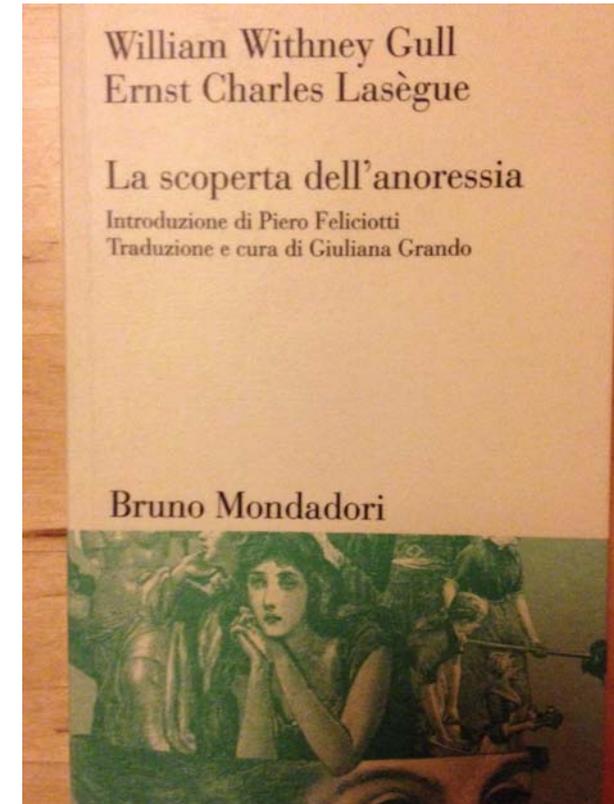
<sup>1</sup>Translated by Andrea Sabbadini.

© 2005 Institute of Psychoanalysis

## Storia e trasformazioni di un sintomo

# *La scoperta dell'anoressia*

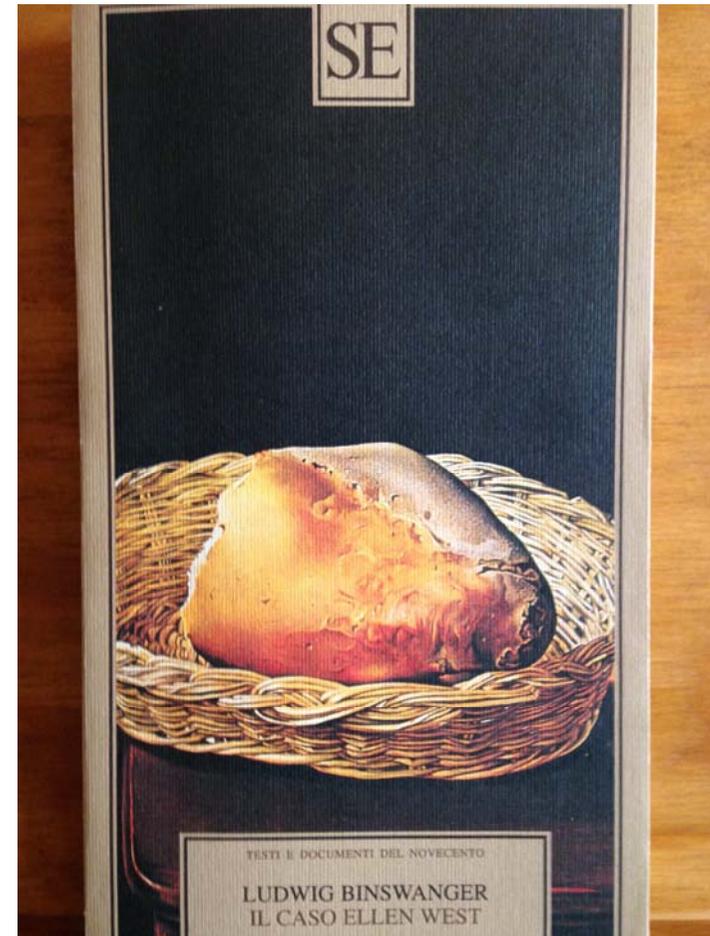
“L'anoressia nervosa fu ‘scoperta’ nel 1873. Il fenomeno di persone (soprattutto donne) che si lasciavano deperire per fame era naturalmente conosciuto da molto tempo. Ma la definizione clinica che fece entrare questa malattia nella letteratura medica moderna si deve, in una singolare sincronia, a due medici: l'inglese Gull e il francese Lasègue. Da premesse differenti, e con conclusioni non del tutto coincidenti, i due giunsero a ‘inventare’ un nome a un fenomeno che, nella pratica clinica, appariva non rientrare nei modelli conosciuti.



## Il contributo della Daseinsanalyse

# Il caso Ellen West

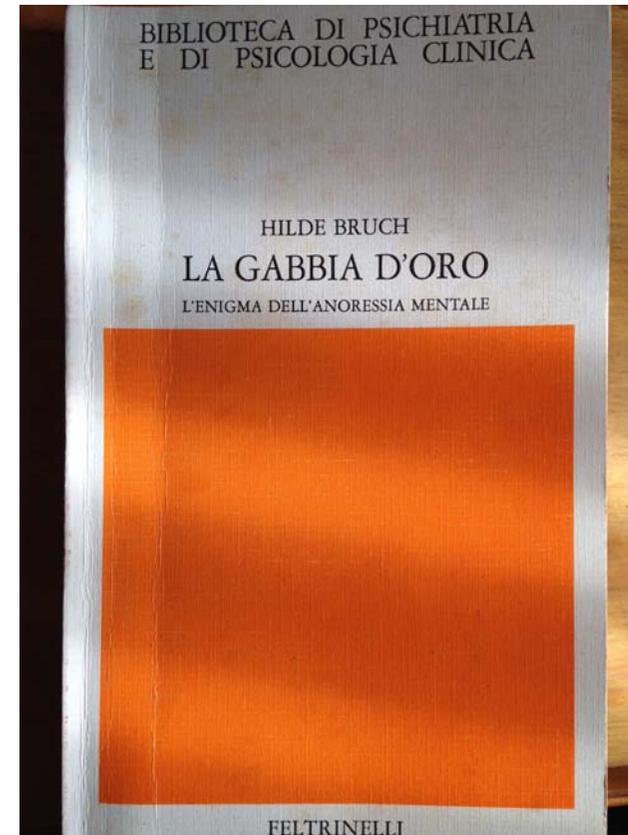
- “Come le è accaduto sin dal primo manifestarsi dell’angoscia di ingrassare, anche ora soffre del *dissidio* tra *l’angoscia di ingrassare e il desiderio di poter mangiare spensieratamente*”.
- “Ellen continua a operare una distinzione tra l’idea coatta di dover sempre *pensare* al cibo e l’idea fissa, l’obiettivo di non ingrassare”.
- “Ha ormai la sensazione che *ogni vita interiore sia spenta*, che tutto sia *irreale*, tutto sia *senza senso*. Riferisce inoltre senza reticenze sui suoi tentativi di suicidio”.



## Storia e trasformazioni di un sintomo

# *La gabbia d'oro*

“Possiamo soltanto cercare di indovinare per quale ragione quest’affezione colpisca i benestanti e sia diventata tanto più frequente negli ultimi quindici o vent’anni. Non esistono al riguardo studi sociologici sistematici. Io sono incline a pensarla collegata con l’esagerato accento che la Moda pone sull’aspetto snello. [...] Un messaggio analogo viene trasmesso dalle riviste e dai film, ma il più insistente è quello della televisione che giorno dopo giorno inculca l’idea che solo chi è sottile può essere amato e rispettato”.



Storia e trasformazioni di un sintomo

## *L'anoressia mentale*

“Queste ammalate, oltre a difendersi genericamente dal rapporto interpersonale, da esse vissuto come sopraffacente, temono più coscientemente di qualsiasi altro ammalato mentale, di venir costrette dal terapeuta sul terreno del loro sintoma, di venir obbligate ad abbandonarlo”.



Storia e trasformazioni di un sintomo

# *Ragazze anoressiche e bulimiche*

In questo libro Mara Selvini Palazzoli parte da un follow-up di 143 pazienti trattate in terapia familiare tra il 1971 e il 1987 e mette i risultati di tale ricerca a confronto con lo studio di 52 casi trattati invece negli anni '90. Ne esce la descrizione di una filosofia terapeutica relazionale che supera il vecchio collettivismo sistemico, rivalutando la dimensione individuale della paziente e dei genitori come persone.

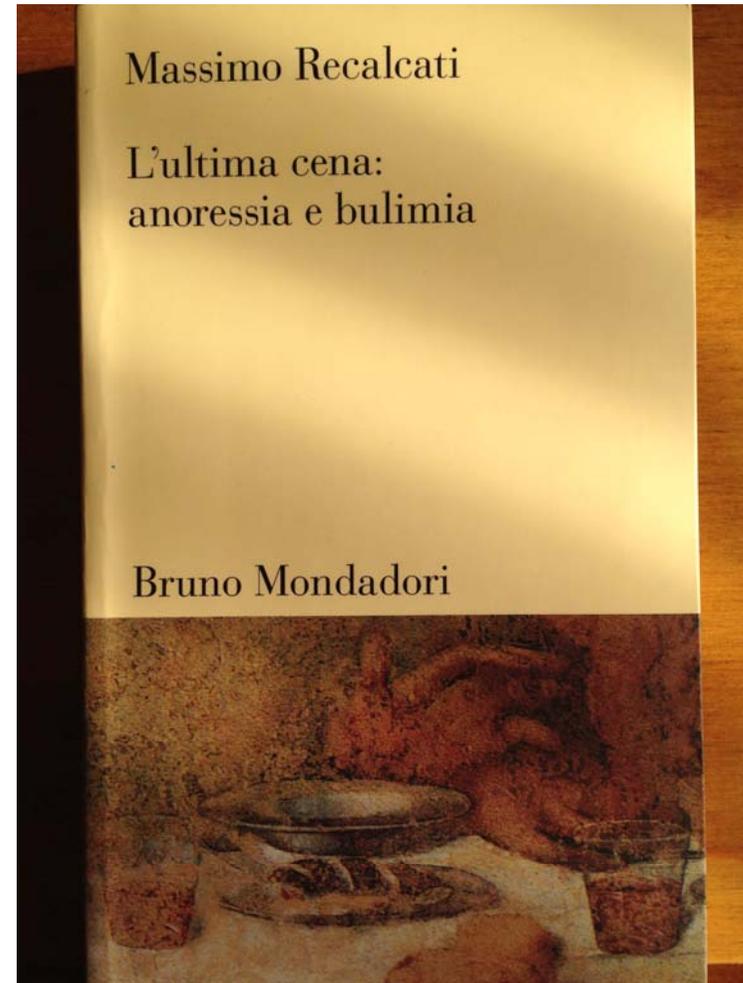


Storia e trasformazioni di un sintomo

## *L'ultima cena: anoressia e bulimia*

### **La declinazione al plurale dell'anoressia-bulimia**

“L'uso al singolare dell'anoressia-bulimia come diagnosi a sé stante doveva essere sostituito con un'attenta discriminazione differenziale delle diverse possibili declinazioni dell'anoressia-bulimia: nevrotica (isterica o ossessiva), psicotica (melanconica o come compensazione di psicosi latenti, schizofreniche o paranoiche) o perversa”.

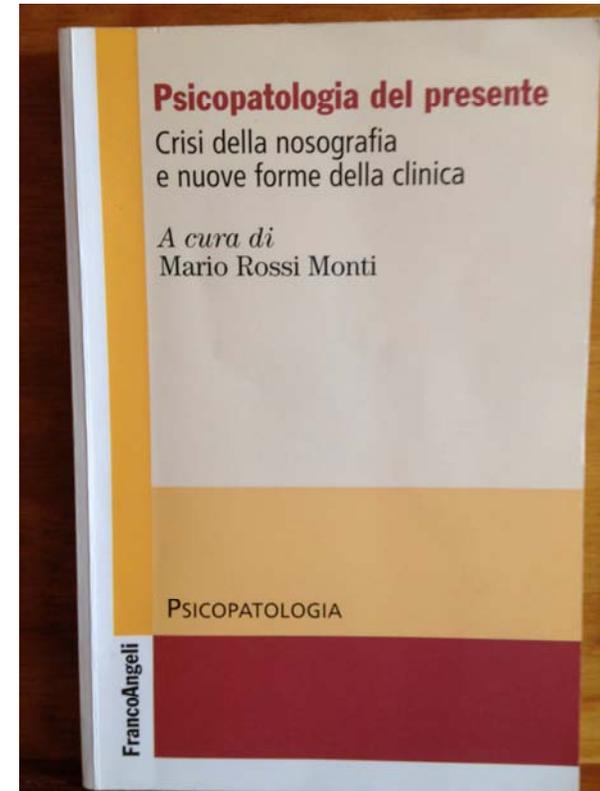


## Storia e trasformazioni di un sintomo

# 1. *Psicopatologia del presente*

“Il fatto è che – dobbiamo dirlo con chiarezza – sempre più spesso siamo di fronte a forme di sofferenza che appaiono come patologiche ma che non rientrano nelle categorie e negli schemi che la clinica tradizionale ci ha insegnato e trasmesso”.

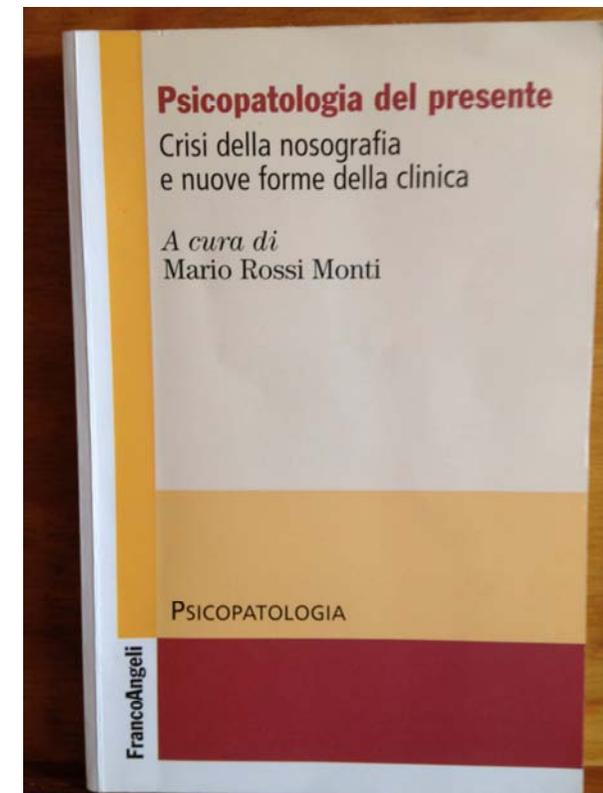
“Insomma siamo di fronte a disturbi che non riusciamo nemmeno a riconoscere, nei quali una sofferenza ‘atipica’ converge a imbuto nei nostri Servizi e nei nostri studi. Ma quali disturbi ‘atipici’? [...] E ancora, tutta la galassia dei disturbi alimentari all’interno dei quali ogni distinzione netta sembra destinata a sfumare”.



## Storia e trasformazioni di un sintomo

# 2. Psicopatologia del presente

“Un ambito clinico inedito che si configura come una sorta di *triangolo pericoloso*, ai vertici del quale si collocano la cosiddetta ‘impulsività’ borderline, il senso di vuoto che caratterizza le forme ‘depressive’ contemporanee e le dipendenze patologiche (da sostanze, come da cibo). Il centro del triangolo è spesso abitato da condotte autolesionistiche. Un ambito clinico nel quale il sintomo si configura spesso (ma non sempre) come una ‘soluzione’ che la persona ha trovato e alla quale attribuisce un ruolo centrale nel proprio equilibrio vitale”.



## *Una traccia*

- **I disturbi del comportamento alimentare**
  - Malattie non dell'appetito: frammenti storici e trasformazioni di un sintomo sintomo
- **Il modello fenomenologico-dinamico**
  - Psicopatologia fenomenologica e psicoanalisi
  - Dispositivi di vulnerabilità
- **Psicopatologia del mondo anoressico-bulimico**
  - Il rapporto tra soggetto e inconscio
  - Il rapporto tra soggetto e Altro
  - Il rapporto tra soggetto e corpo
- **Scansioni della cura**
  - I preliminari della cura
  - La direzione della cura

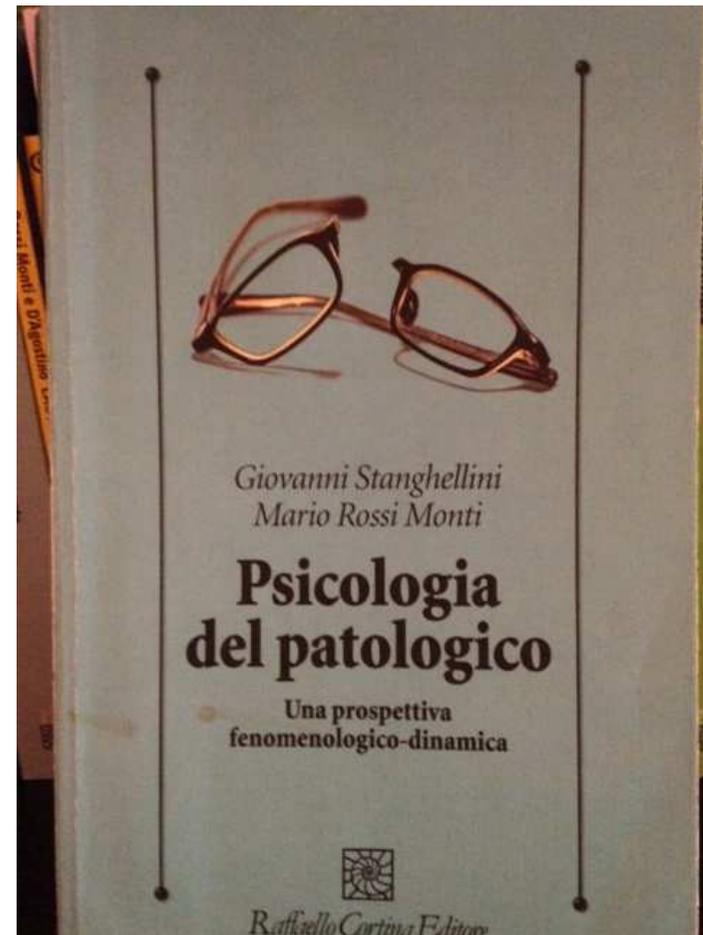
## **I dispositivi di vulnerabilità: *struttura ed esistenza***

- La concettualizzazione dei “dispositivi di vulnerabilità” si fonda sull’assunto che vede la malattia mentale come un evento che da un lato coinvolge e condiziona fortemente la vita del paziente e dall’altro rimane comunque un evento rispetto a cui lo stesso paziente può prendere posizione.
- I dispositivi di vulnerabilità descrivono le strutture invarianti dell’esperienza che sovradeterminano il dipanarsi dei vissuti di ciascun soggetto.

# Dispositivi di vulnerabilità

“Con il concetto di «dispositivo di vulnerabilità» si indicano quelle caratteristiche che fanno di un essere umano al tempo stesso un essere fragile ed esposto alla malattia e una persona in rapporto dialettico con se stessa, aperta al mondo e alla vita”

[G. Stanghellini, M. Rossi Monti, *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologico-dinamica*, Cortina, Milano 2009, p. XVI].



## Dispositivi antropologici e libertà

- “Noi non ci scegliamo i nostri dispositivi antropologici. Li troviamo già pronti nella cultura alla quale apparteniamo. I dispositivi sono dunque gli *a priori* tipici dell’esistenza umana in una data cultura. Dire che i dispositivi non sono disposti dall’uomo non significa, però, che essi azzerino la libertà umana. Piuttosto ne tracciano i confini, la delimitano, rappresentando altrettanti vincoli; pongono dei problemi che vanno affrontati e non possono essere elusi. Essi orientano la vita umana per come essa si dà innanzitutto e per lo più in un dato contesto storico-culturale”.
- “Un dispositivo patogeno non è altro che un dispositivo antropologico del quale si esaltano le intrinseche caratteristiche di vulnerabilità. Un dispositivo del quale non posso più disporre – ma che dispone univocamente le cose per me”.

[G. Stanghellini, “Il concetto di dispositivo di vulnerabilità”, in G. Stanghellini, M. Rossi Monti, *Psicologia del patologico. Una prospettiva fenomenologica-dinamica*, Cortina, Milano 2009, p. 202].

## 4 dispositivi di vulnerabilità ... più 1

### 1. Conflitto

- a. Definizione teorica
- b. Traduzione clinica
- c. Conduzione della cura

### 2. Trauma

- a. Definizione teorica
- b. Traduzione clinica
- c. Conduzione della cura

### 3. Umore

- a. Definizione teorica
- b. Traduzione clinica
- c. Conduzione della cura

### 4. Coscienza

- a. Definizione teorica
- b. Traduzione clinica
- c. Conduzione della cura

**+1: *Tempo***

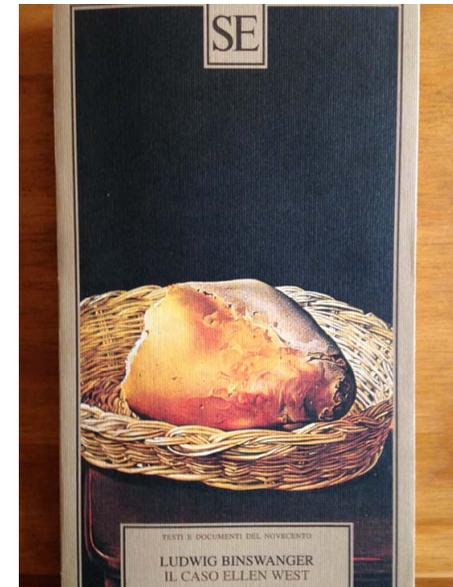
## *Una traccia*

- **I disturbi del comportamento alimentare**
  - Malattie non dell'appetito: frammenti storici e trasformazioni del sintomo
- **Il modello fenomenologico-dinamico**
  - Psicopatologia fenomenologica e psicoanalisi
  - Dispositivi di vulnerabilità
- **Psicopatologia del mondo anoressico-bulimico**
  - Il rapporto tra soggetto e inconscio
  - Il rapporto tra soggetto e Altro
  - Il rapporto tra soggetto e corpo
- **Scansioni della cura**
  - I preliminari della cura
  - La direzione della cura

## Una premessa antropoanalitica

# *Mondo: Umwelt - Mitwelt - Eigenwelt*

“Per motivi didattici, nel **caso Ellen West** impostiamo il problema delle forme della presenza muovendo dalle forme del mondo in cui essa ‘vive’. Poiché ‘mondo’ significa sempre non soltanto il che cosa entro cui una presenza esiste, ma al tempo stesso il come e il chi del suo esistere, le forme del come e del chi, dell’essere-in e dell’essere-se-stesso (*Selbstsein*) risultano ‘spontaneamente’ dalla caratterizzazione dei mondi in cui tale esistenza si svolge. Si premetta inoltre che l’espressione ‘mondo’ si riferisce in pari tempo al mondo circostante (*Umwelt*), al mondo della coesistenza (*Mitwelt*) e al mondo proprio (*Eigenwelt*), non certo però come compendio di questi tre mondi, bensì come espressione designante i modi universali in cui il mondo in generale si costituisce in quei singoli ambiti”



## La separazione dal mondo

### *Forme del rifiuto*

- Il rifiuto come separazione
- Il rifiuto come rifiuto del corpo
- Il rifiuto come appello
- Il rifiuto come difesa-barriera
- Il rifiuto come riduzione a zero

## Alcune domande sul mondo anoressico-bulimico

# Anoressia, bulimia e obesità

- 1) L'anoressia e la bulimia sono vere e proprie piaghe sociali della nostra epoca. Quali sono le ragioni di fondo di questa nuova forma di epidemia?
- 2) Avete mostrato in che senso ritenete che anoressia, bulimia e obesità siano malattie della nostra epoca. Eppure il rifiuto del cibo è un'esperienza umana che ha radici lontane nel tempo. Quale differenza c'è, per esempio, tra il rifiuto del cibo e del corpo così come si manifesta nelle anoressiche contemporanee e quello che può caratterizzare invece un'autentica ricerca mistica?
- 3) Parlate talvolta di anoressia e bulimia come di due posizioni soggettive distinte e talvolta di anoressia-bulimia come se si trattasse di una sola posizione soggettiva. Qual è dunque il rapporto tra anoressia e bulimia?
- 4) Anoressia e bulimia o, se preferite, anoressia-bulimia, non sono diagnosi cliniche in sé? L'anoressia, in particolare, non è l'indice di una struttura di personalità a sé stante? Che valore date a una diagnosi di anoressia o di bulimia? Come pensate al problema della diagnosi differenziale dei disturbi alimentari?
- 5) Perché questi disturbi si manifestano prevalentemente durante la fase adolescenziale e solo nei paesi cosiddetti del benessere?



## Alcune domande sul mondo anoressico-bulimico

# *Anoressia, bulimia e obesità*

- 6) Torniamo al potere dell'immagine idealizzata del corpo-magro. Come si spiega l'incapacità delle persone anoressico-bulimiche di avere una percezione anche solo minimamente corretta dell'immagine del proprio corpo?
- 7) Nel vostro discorso ritorna frequentemente l'idea che l'anoressia-bulimia sia una malattia femminile. Perché proprio le donne ne soffrono? Che cosa giustifica questa affinità di fondo tra l'anoressia-bulimia e il mondo femminile?
- 8) Che ruolo gioca la madre nella vita psichica di una donna? E, ancora, come possiamo condensare brevemente il ruolo del legame madre-figlia nelle donne anoressico-bulimiche?
- 9) Restiamo allora su questi temi dell'amore e dell'odio che ci sembrano fondamentali per interrogare l'esperienza anoressico-bulimica. Uno di voi ha scritto che l'anoressica, scegliendo di non mangiare, rifiuta il mondo dell'avere e reclama il suo diritto di essere, e ha proposto una definizione dell'anoressia non come disturbo dell'appetito ma come una "malattia dell'amore". Possiamo approfondire ulteriormente questo punto?
- 10) Potete approfondire il riferimento all'obesità, che sembra rimanere assente in questo discorso?



## Alcune domande sul mondo anoressico-bulimico

# Anoressia, bulimia e obesità

- 11) Esistono momenti della vita, esperienze, incontri che si configurano come condizioni tipiche di esordio dell'anoressia-bulimia? Vi sono segnali che possono annunciare il rischio della malattia?
- 12) L'anoressia-bulimia è una patologia che investe profondamente il corpo. La cura della parola può essere efficace? Non è meglio rivolgersi al potere chimico dello psicofarmaco? Esistono poi diverse prospettive terapeutiche: terapie cognitivo-comportamentali, terapie sistemiche, terapie psicoanalitiche. Qual è il vostro giudizio sulla loro efficacia?
- 13) Qual è dal vostro punto di vista il rapporto tra l'anoressia-bulimia e il sistema familiare? Esistono famiglie tipiche anoressico-bulimiche? E visto che avete riaperto il problema delle cause, si può pensare davvero che la causa della malattia risieda necessariamente in un disfunzionamento nel sistema familiare?
- 14) Avete messo in rilievo come attraverso l'anoressia una persona possa raggiungere un rafforzamento, anche se patologico, del suo senso di identità. Per questo insistete nel dire che l'anoressia non è tanto un sintomo quanto un nome del soggetto. Ci spiegate meglio?
- 15) La psicoanalisi cura i sintomi attraverso la relazione tra l'analista e il paziente: come avete impostato il trattamento analitico con l'anoressia-bulimia? E che effetti di guarigione si possono conseguire attraverso l'applicazione della psicoanalisi a questo tipo di disagio?



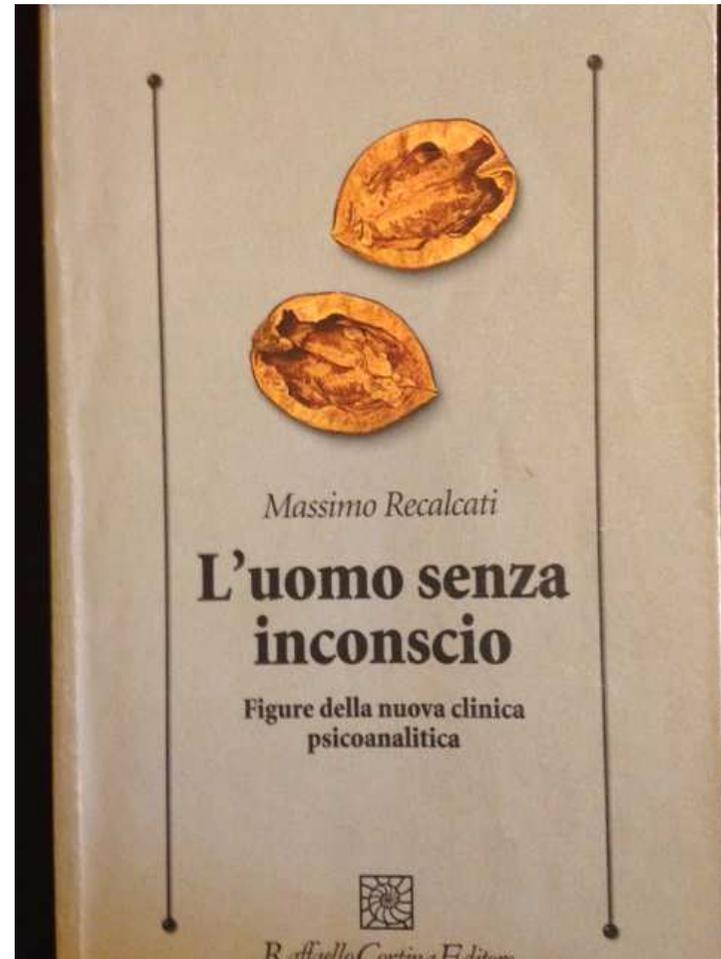
## *Una traccia*

- **I disturbi del comportamento alimentare**
  - Malattie non dell'appetito: frammenti storici e trasformazioni del sintomo
- **Il modello fenomenologico-dinamico**
  - Psicopatologia fenomenologica e psicoanalisi
  - Dispositivi di vulnerabilità
- **Psicopatologia del mondo anoressico-bulimico**
  - Il rapporto tra soggetto e inconscio
  - Il rapporto tra soggetto e Altro
  - Il rapporto tra soggetto e corpo
- **Scansioni della cura**
  - I preliminari della cura
  - La direzione della cura

## Alcune questioni psicopatologiche per la psicoterapia dei DCA (e non solo)

### *Sintomi senza inconscio*

- In che modo possiamo introdurre dei criteri che ci consentano di cogliere il nucleo psicopatologico delle nuove forme del sintomo? Sulla base di quali criteri differenziali possiamo oggi parlare di nuovi sintomi invece che di classici sintomi nevrotici?
- Quali difficoltà pone la psicoterapia delle forme psicopatologiche contemporanee?
- E in cosa consistono le strategie preliminari della cura per far fronte a tali difficoltà?



## Tre differenze tra sintomi nevrotici e nuovi sintomi

- a) Il disturbo ha sempre una **significazione psichica** particolare, quindi è un sintomo che parla: anche se in modo enigmatico si configura come una metafora di ciò che è stato rimosso.
  - b) Il sintomo è sempre la manifestazione di un **conflitto**. È una divisione nevrotica tra il volere e il fare. Più una persona è coerente con ciò che desidera più è sana; più una persona è lontana da ciò che desidera più soffre.
  - c) Sul piano della conduzione della cura osserviamo che il sintomo classico è **sensibile all'interpretazione**: l'interpretazione semantica ha effetti terapeutici sul sintomo.
- a) I nuovi sintomi tendono a prendere la forma della **scarica**. L'agito prende il posto del pensato.
  - b) I nuovi sintomi non esprimono un conflitto del soggetto ed **escludono il legame con l'Altro**.
  - c) I nuovi sintomi si presentano come dei sintomi che **resistono all'effetto dell'interpretazione semantica**.

# Campo familiare e nuovi sintomi

Il lavoro terapeutico consiste nel riprendere e mobilitare la questione del desiderio dei genitori, come singoli soggetti e come coppia che costruisce una progettualità condivisa. Solo su questa via è infatti possibile riabilitare e riaprire la partita per la generatività dei legami familiari.

Nicolò Terminio

## La generatività del desiderio

Legami familiari e metodo clinico

Prefazione di Corrado Pontalti

Jonas  
Studi di psicoanalisi applicata  
Saggi



FrancoAngeli

## Il trattamento della famiglia come preliminare alla cura delle pazienti anoressiche

- Famiglia e società oggi
- Il familiare contemporaneo
- Figure materne nell'anoressia-bulimia
- Figure paterne nell'anoressia-bulimia
- Alle soglie del trattamento
- Il paradigma dell'adolescenza
- Non solo rappresentazioni
- Costruire il campo terapeutico
- Dare trama al trauma
- Nel gruppo dei genitori
- La coppia e le generazioni
- Il metodo della generatività



Nicolò Terminio  
Psicoterapeuta – Ph.D.  
[www.nicoloterminio.it](http://www.nicoloterminio.it)