

## *note*

### **Ripensiamo le nostre pratiche...sulla relazione terapeutica e le dinamiche profonde dell'ascolto\***

FAUSTO ROSSANO, PAOLA RUSSO

Preme iniziare ricordando che quella psichiatria che affonda le sue radici nei movimenti e le lotte che hanno caratterizzato gli anni '60-'70 del secolo ormai trascorso, oltre che una precipua funzione politica e sociale di liberazione e di salvaguardia dei diritti delle persone nei confronti di istanze tendenti a ripeterne pratiche di custodia, di violenza e di emarginazione, ha assunto anche la responsabilità tecnica di provvedere alla loro cura. Ma se condividiamo quanto già nel '68 affermava René Diatkine, cioè che *ogni movimento nello sviluppo della psichiatria ha apportato nuove conoscenze, ma ogni perseverazione teorica, al di là delle contraddizioni prodotte da questa stessa conoscenza, ha costituito un ostacolo allo sviluppo della nostra disciplina e, di conseguenza, un simulato ritorno alle vecchie pratiche*, dobbiamo dare atto che essa non può in alcun modo riconoscersi in "rassicuranti" posizioni definitive ed esaustive: il rivoluzionario progetto di una psichiatria senza manicomi infatti non può certamente realizzarsi in maniera compiuta se questa psichiatria non accetta la sfida della "problematicità" che le viene costantemente posta dalla persona di cui si occupa, il cui sistema psichico, in un continuo divenire, nasce e si sviluppa come soggettività umana unica e irripetibile nel continuo coniugarsi della sua propria dimensione biologica con quella sociale. Il mio contributo ai lavori di questa giornata fa dunque riferimento a questo tipo di psichiatria - a ragion veduta non parlo di salute mentale - e alla necessità che essa, mantenendo la necessaria coerenza con gli assunti da cui prende le mosse, sia capace di mettersi in crisi quando le pratiche sviluppate non si dimostrano efficaci per realizzare quegli obiettivi che si è posta. Nello stesso tempo, dichiaro all'inizio del mio discorso che esso è inevitabilmente collegato, e non potrebbe essere altrimenti, alle mie esperienze personali e professionali determinatesi nell'arco degli anni nello stretto intreccio tra il lavoro nei luoghi della psichiatria pubblica, la formazione analitica junghiana e quella gruppoanalitica. Dunque, la psichiatria a cui faccio riferimento si è fondata sulla necessità prioritaria di fare "ricomparire" il paziente dagli ambiti oscuri della negazione e della esclusione in cui era stato precedentemente relegato, restituendo alla sua soggettività una posizione centrale nell'

---

\* Il presente contributo è stato oggetto dell'intervento tenuto dal Dott. Fausto Rossano in occasione del Seminario "Modelli organizzativi dei Servizi di Salute Mentale", all'interno del Progetto "Percorsi di Ricerca, Promozione e Tutela della Salute Mentale in Italia oggi" - Ministero della Salute - Roma.

## note

esercizio delle pratiche curative. Questa tematica, riguardata da un certo vertice di osservazione, fa apparire del tutto paradossale che per oltre un secolo la psichiatria abbia potuto credibilmente ritenere che si potessero curare le malattie mentali facendo a meno dei pazienti.

Tuttavia, l'invito talora anche forte a promuovere pratiche centrate sui bisogni del paziente e non della malattia continua ad essere sempre più frequentemente mosso da più parti: se ciò indubbiamente trova ragione nel bisogno di "non abbassare la guardia" e quindi di mantenere le distanze da certi modelli operativi sempre esistenti e dalla cultura a essi sottesa, ci mette anche a confronto con il fatto che, nel momento in cui è riapparsa allo scoperto la grande umanità del paziente, egli ha anche evidenziato una serie complessa di bisogni, a vari livelli di consapevolezza, compresi quelli di cure specifiche che spesso i servizi non sono in grado di dare. A conferma, sono anche facilmente verificabili le situazioni in cui il paziente, spesso proprio quello definito grave o gravoso, viene marginalizzato o addirittura respinto dai contesti operativi che maggiormente dovrebbero farsi carico della sua situazione, con il rischio non remoto che egli possa nuovamente scomparire dallo scenario che pure lo riguarda così da vicino. Tali evenienze possono essere ricondotte a numerosi fattori, evidentemente tutti embricati tra loro. Tra essi, ritengo predominante la difficoltà culturale – e quindi operativa - nel determinare le caratteristiche, i contenuti, i significati e le strategie riguardanti la relazione terapeutica e, nel contempo, la diffidenza "politica" ad aprire uno spazio effettivo ad altre culture del settore, quelle psicoterapeutiche e segnatamente quelle psicodinamiche, alle quali, in quanto fondate proprio sulla relazione terapeutica, non poteva non essere accreditata, sul piano clinico e teorico, una lunga e approfondita esperienza. Sembra mancare, cioè, alla nuova psichiatria una vera e propria psicologia della relazione o, se vogliamo, una metapsicologia. Altro fattore del tutto preoccupante è rappresentato da quella che già alcuni anni orsono P.F. Galli definiva deriva scientifica, che con energia sempre maggiore sta investendo la psichiatria e che, rafforzandosi a vicenda con i tagli alla spesa sanitaria, rischia di appiattire in maniera determinante proprio quei settori appartenenti tradizionalmente alle cosiddette fasce deboli.

Fatta questa premessa, che suona abbastanza infausta, vediamo se il Faust di Goethe, in cui è riportato l'antico mito di Cura, può esserci utile in qualche modo. *“Una volta, mentre Cura era sul punto di attraversare un fiume, vide dell'argilla: pensierosamente ne prese un pezzo e cominciò a modellarla. Mentre stava meditando su ciò che aveva formato, Giove le si avvicinò. Cura gli chiese di dare uno spirito a quell'argilla ed egli acconsentì di buon grado. Ma quando Cura volle dare all'argilla il suo nome, Giove lo proibì e pretese invece che le fosse dato il proprio. Mentre Cura e Giove stavano disputando, si alzò la Terra ed espresse il desiderio di attribuire il suo nome alla creatura, dal momento che aveva fornito parte del suo corpo. I contendenti si rivolsero a Saturno affinché si facesse arbitro, e questi espresse il seguente parere che sembrava essere giusto: ” poiché tu Giove le hai dato lo spirito, riceverai questo spirito alla sua morte; e poiché tu Terra le hai dato il corpo, questo corpo riceverai. Ma dal momento che Cura ha modellato per prima questa creatura, la possederà finché vive. Ed essendoci ancora una disputa tra voi attorno al nome da darle, essa si chiamerà "Homo" perché è stata creata dall' humus (terra).”*

Come ogni mito anche quello di Cura ha una ridondanza di significati e non si presta a letture riduzionistiche. Esso si pone piuttosto come una sorta di intercodice,

destinato a permettere una reciproca convertibilità tra diversi livelli. Se dunque il mito può dirci qualcosa della condizione esistenziale umana o dello sviluppo infantile e delle relazioni precoci tra bambino e caregiver (usando volutamente un termine neutro), esso è anche adeguato a descrivere il setting interno del terapeuta. Né solo Giove-padre né solo Terra-madre: sarà Cura a modellare la creatura, svolgendo una funzione evidentemente altra che non sia somma o alternanza degli aspetti materno/paterno ma che si sviluppi all'interno di un campo interattivo che, nel lavoro terapeutico, vedrà insieme terapeuta e paziente.

Cura è uno stato affettivo che consiste nel riconoscimento di un altro, un essere umano al pari di noi; l'identificazione del proprio sé con il dolore o la gioia di un altro. Siamo qui in una dimensione terapeutica dove cura dunque non è la terapia intrusiva del farmaco e neanche dei modelli di sanità o della parola efficace, ma si dispiega prioritariamente nella modalità dell'esserci-con: non più cultura della cura ma cultura del prendersi cura. Possiamo quindi pienamente concordare con Rollo May, psicoterapeuta nell'analisi esistenziale, quando definisce la cura *“ uno stato affettivo che consiste nel riconoscimento di un altro, un essere umano al pari di noi, l'identificazione del proprio sé con il dolore o la gioia di un altro, nella colpa, nella pietà e nella consapevolezza che tutti abbiamo un fondamento comune di umanità dal quale tutti deriviamo ”*. Dunque la cura prevede una relazione. In questo senso, giacché sappiamo che un individuo non sussiste mai veramente se non si trova in una qualsivoglia forma di relazione, possiamo dire che la capacità di relazione è una caratteristica generale dell'essere umano.

Per altri versi, sappiamo anche che la relazione intersoggettiva di per sé possiede valenze terapeutiche: lo possiamo constatare ad esempio nel rapporto paziente/medico nella medicina del corpo, in cui di solito tale valenza terapeutica generica viene marginalizzata sullo sfondo per lasciare il posto a tecniche e metodologie oggettive che caratterizzano tali rapporti terapeutici. Nel caso specifico della psichiatria, questa valenza terapeutica della relazione intersoggettiva assume forte risalto in quanto il terapeuta è egli stesso (o dovrebbe esserlo (...)) strumento della funzione terapeutica.

Ulteriori distinzioni possono essere fatte a seconda che l'ottica sia centrata sul terapeuta - e quindi sul suo sistema culturale e il suo bagaglio tecnico-scientifico - oppure sul paziente, e quindi sul suo mondo interno e relazionale.

Nel primo caso il terapeuta tende a oggettivare i contenuti e i comportamenti del paziente nel suo proprio contesto culturale: così facendo però egli corre il rischio di oggettivare l'intero paziente sino a farlo addirittura scomparire dalla relazione, che sarà fondata prevalentemente sulla esaltazione del sintomo, sulla frammentazione del paziente in organi o funzioni, sino ad arrivare addirittura a una relazione con un *paziente immaginario*, talora un *paziente virtuale*: è il caso in cui il terapeuta entra in rapporto solo con la sua propria concezione della malattia e non con l'individuo malato. Nel secondo caso il terapeuta tende a entrare nel mondo del paziente, identificandosi con lui, sino a determinarsi in una situazione di fusione o addirittura di simbiosi, dalla quale cercherà di difendersi attraverso un processo di smembramento e razionalizzazione, che ridurrà il paziente a mero caso clinico. Da un punto di vista terapeutico, in entrambi i casi si tratta di forme di rapporto pseudoterapeutiche o peggio, antiterapeutiche. La relazione vera, ancorché non necessariamente terapeutica, è quella che realizza un campo interattivo al quale appartengono entrambi

## note

i soggetti, che si configura come una funzione terza tra i due componenti, che mentre li riunisce li separa, e costituisce una garanzia contro questi rischi, salvaguardando le individualità e quindi la possibilità che si instauri un autentico rapporto interpersonale.

Se quindi accettiamo che la relazione abbia proprietà non rintracciabili nel comportamento di un solo partecipante, essa allora è identificabile esclusivamente come campo interattivo, all'interno del quale il terapeuta può attivare la propria funzione di ascolto, che diventa così lo strumento privilegiato che gli può permettere di entrare nel vivo del rapporto, tra i livelli simbolico, metaforico e reale sottesi alle produzioni psichiche del paziente.

Diceva Ronald Laing: *ci deve essere qualcuno che riesca a superare questo panico, questa fuga dal dolore degli altri che ci ricorda la nostra infelicità, la nostra incapacità o la nostra disperazione; qualcuno che riesca a stare con una persona che s'accorge di non poter assolutamente aiutare, senza avvertire un senso di fallimento nel non riuscire a farlo.*

L'ascolto peculiare del terapeuta si configura così globale e silenzioso e diventa l'apertura all'altro di un proprio spazio mentale, modulandosi sul doppio registro della comunicazione dell'altro e del proprio discorso interiore, che da un verso è sollecitato dal racconto del paziente, dall'altro si muove in maniera autonoma all'interno della propria mente. L'ascolto del terapeuta è proprio questa disponibilità mentale a "lasciar entrare dentro" la narrazione del paziente, quali che siano le modalità della comunicazione o i suoi contenuti, accoglierla e, senza pre-giudizi, accettare che essa cammini dentro di sé come farebbe la trama di un romanzo o un intreccio teatrale, evocando immagini ed emozioni, e assai spesso producendo trasformazioni. Si compone così un'immagine della coppia terapeutica, nella prospettiva della circolarità e della mutua inclusione, in una relazione che non può chiudersi in certezze che, secondo quest'ottica, denunciano chiaramente la loro provvisorietà, ma che apre ogni volta, per l'appunto, un orizzonte che, per la stessa definizione del termine, rimanda alla inafferrabilità del tutto, esperienza sempre dolorosa di limite. Ma anche nel rapporto terapeutico dobbiamo tenere in debito conto le difese del terapeuta: la prima è il rifiuto esplicito dell'ascolto, che paradossalmente non è la peggiore perché è la più dichiarata, che può realizzarsi anche attraverso la totale negazione della patologia dell'altro ovvero attribuendo forte risalto ad una patologia concomitante anche minimale per delegarne la cura ad altre competenze. Peggiori invece sono le difese mascherate del non-ascolto: si può ad esempio accondiscendere con facilità a una domanda di aiuto, quale che sia, al fine di non ascoltare o addirittura non permettere quello che dell'altro è veramente importante che venga allo scoperto. Ciò si può realizzare ad esempio lasciando aperti soltanto alcuni canali d'ascolto alla comunicazione, per lo più quelli relativi "a ciò che preme per essere ascoltato", ad esempio un complesso sintomatico di copertura, tralasciando del tutto quello che sta dietro, che corrisponde invece al vero bisogno del paziente.

Altre volte la difesa del terapeuta si realizza dirottando direttamente l'ascolto sui sintomi secondari, realizzando così una vera e propria collusione con le difese del paziente. Anche la predeterminazione delle richieste del paziente può essere letta come una resistenza del terapeuta, basata in questo caso sull'appoggio a "teorie forti". Abbandonando un ascolto "vero", il paziente viene ricondotto artificiosamente

mente alle proprie teorie di riferimento, e su queste modellato, sino a spersonalizzarlo e disconoscerlo. A questo punto sorge spontanea la domanda: gli esiti negativi dei trattamenti terapeutici sono sempre legati a una crisi dell' ascolto? crisi dell' ascolto dell' altro, di sé, della relazione? E' forte la tentazione di rispondere positivamente. Tuttavia, se è vero che ogni relazione è un rapporto dialogico, ancora una volta non rispetteremmo la soggettività del paziente affermando tout court questa tesi. Anche il paziente gioca il suo ruolo – in maniera inconsapevole - nell' “entrarci dentro” e “paralizzare” la nostra capacità di ascolto. Proviamo a pensare ad alcune situazioni di pazienti gravi, ad esempio con disturbi della personalità o anche schizofrenici, che ci minacciano, ci fanno paura, ci mettono in panico e ci impediscono di pensare: tutto ciò non può essere inteso come l' agire da parte del paziente le nostre paure più profonde della relazione con lui, che non avevamo accettato e da cui ci eravamo garantiti attivando difese che il paziente comunque ci fa saltare? Alla nozione di ascolto va aggiunta quella di accoglienza interna, individuabile come una sorta di disposizione mentale, un setting interno, che permette al terapeuta di costruire e conservare dentro di sé uno spazio aperto a ricevere quanto il paziente trasmette, che ne permetta l' elaborazione. Essa richiama l' immagine del positivo materno - ricettività e abbraccio – cui fa da contraltare l' aspetto oscuro del trattenere e fagocitare, elementi questi che mettono allo scoperto i conflitti narcistici del terapeuta. Ne sono testimonianza gli atteggiamenti onnipotenti e seduttivi che spesso il terapeuta è forzato ad agire e che il paziente cosiddetto grave immediatamente riconosce e rimanda con derisione e brutalità. Altre volte i conflitti narcisistici del terapeuta si esprimeranno in collusione e fusionalità nelle quali miseramente naufragare. Ancora, aggiungerei gli altri concetti di accettazione e di contagio, dati troppo spesso per scontati o utilizzati in termini puramente applicativi. Ma è possibile l' accettazione, non è pericoloso il contagio quando i nostri pazienti sono tanto spesso vissuti come brutti, sporchi e cattivi? L' accettazione è quell' atteggiamento di *spregiudicatezza oggettiva* del terapeuta che sospendendo qualsiasi giudizio sul registro vero/falso, bene/male rivolge la sua attenzione su *ciò che è operante* e che, come diceva Jung, “è la conquista morale del medico, al quale non deve fare ribrezzo malattia e cancrena”. Affermando poi la necessità per il terapeuta di mettere in gioco la sua autenticità, anche - e soprattutto - passando attraverso il doloroso confronto con le proprie parti inaccettabili, Jung ci rende ragione anche della debolezza di certi approcci psicoterapeutici centrati sulla verosimiglianza piuttosto che sulla verità e dunque calibrati su protocolli di tecniche e strategie ancorché raffinate: *“Eppure il paziente non si sente accettato se non è accettato anche quel che vi è di peggiore in lui. Questo non lo si può fare a parole ma solo con la disposizione dell'animo e con l'atteggiamento, mettendosi di fronte a se stessi e al proprio lato oscuro.”*. Occorre dunque che il terapeuta accetti dentro di sé la stessa contaminazione che colpisce il paziente, se è vero che sintomi, deliri e fantasie nascono da un'irruzione nella coscienza di contenuti inconsci che in questo senso la “contaminano”. In tal senso il concetto di contagio psichico può allora essere inteso come una sorta di “condivisione strutturale” del funzionamento mentale dell'altro.

Appare dunque chiaro che questi sono i punti, per così dire, critici che si incontrano nel lavoro con pazienti che, mettendo in crisi soprattutto la capacità di ascolto del terapeuta, lo costringono ad una – mai indolore - revisione delle sue certezze teoriche e dei suoi collaudati strumenti tecnici. Esemplificativa per tutte è l' esperienza

## note

con la sofferenza del paziente psicotico o, ancora di più, con disturbo di personalità borderline, che obbliga il terapeuta ad una duttilità a tutto campo - a partire dalla plasticità stessa del setting senza perdere tuttavia l'atteggiamento di neutralità - per rivedere costantemente e poi recuperare il proprio apparato metodologico, in un costante lavoro di revisione dei presupposti strutturali e teorici del rapporto. Possiamo allora considerare la relazione terapeutica come il luogo privilegiato in cui a fronte di un'esperienza con l'altro unica e inedita, che ancora una volta ci spiazza e ci sorprende, si aprono nuove prospettive teoriche e nuovi dispositivi tecnici che permettono di sollevare qualche velo per la conquista di un pezzetto "di verità" la quale tuttavia è necessariamente passibile, nella concreta esperienza della singolarità individuale, di essere disattesa. La funzione terapeutica dipenderà dunque dalla capacità del terapeuta di coniugare, con le dovute doti di flessibilità e sensibilità, accoglienza e regola esponendosi nella relazione con la sua autenticità. La regola, espressa nel setting, si delinea a questo punto come altro polo necessario al dispiegarsi del processo terapeutico: la definizione di una stabile cornice terapeutica, la neutralità tecnica del terapeuta, l'uso coerente di strumenti tecnici non direttivi e suggestivi identificati nella chiarificazione, confrontazione e interpretazione sono garanti sia per il paziente che per il terapeuta. Ma è possibile che questo avvenga nella pratica di un servizio di salute mentale, non come evento isolato ma come prassi diffusa? Sì, se il servizio funziona in modo efficace. E per questo è necessario che vi sia un rapporto ottimale tra lo scopo generale dell'organizzazione e la sua struttura gestionale, che vuol dire prima di tutto avere risorse umane e materiali adeguate, ma anche coerenza e chiarezza negli obiettivi e nei metodi per perseguirli, ben sapendo che inevitabilmente i conflitti umani primitivi e profondi, di cui la psichiatria si occupa, influenzano profondamente il funzionamento delle istituzioni ad essa preposte e delle persone che ne fanno parte. Ciò significa *resistenza*, cioè quelle complesse organizzazioni difensive inconsciamente elaborate dai singoli e dai gruppi per proteggersi più o meno inconsciamente da tutte quelle situazioni che possono suscitare vissuti ansiosi anche molto intensi, in quanto vengono percepite come un pericolo per la stabilità, gli equilibri e gli adattamenti raggiunti. Ed è evenienza tanto più intensa quanto più si confronta con un progetto nuovo. Bion parla a questo proposito di *cambiamento catastrofico*, nel senso che ogni idea nuova contiene una forza potenzialmente distruttiva che sconvolge in grado maggiore o minore la struttura del campo nel quale si manifesta: ogni cambiamento comporta una piccola catastrofe. E' quanto possiamo a buona ragione attribuire alla portata rivoluzionaria di una Psichiatria senza manicomi e, tanto spesso, senza rete. Al riguardo è ormai chiaro che la salute mentale non è professione legata soltanto a saperi, ancorché raffinati, di tipo tecnico-individuale, ma è intervento complesso declinato nei termini équipe, multidisciplinarietà, integrazione degli interventi, cosa che di fatto obbliga l'intero gruppo dei curanti a ridimensionare le proprie pretese onnipotenti e a ricostruirsi, volta per volta, paziente per paziente, intorno a nuove strategie in grado di dare risposte efficaci alla sofferenza psichica. Ed è quanto la nozione stessa di psichiatria di territorio comporta, la necessità cioè di abbandonare la fantasia di un modello teorico/pratico onnicomprensivo, buono per tutti i pazienti e in tutte le situazioni, a vantaggio di progetti personalizzati centrati sui bisogni di quella determinata persona, inserita in quel particolare contesto, con quelle specifiche risorse. Proprio per

evitare il rischio del mero pragmatismo il gruppo assume particolare rilevanza, intendendo con ciò fare riferimento alla sua funzione di contenitore e di verifica attraverso la creazione di uno spazio per pensare e per creare connessioni nuove.

È evidente infatti che nell'ambito delle istituzioni preposte alla salute mentale la peculiarità che si palesa in maniera spesso drammatica è l'incontro/scontro tra culture diverse di cui individui diversi sono portatori: la cultura del paziente e degli operatori, quella del servizio e dell'istituzione, quella del territorio e via via allargandosi all'ambito macrosociale. La loro esistenza comporta come sopra sottolineavo, reciprocità, interscambio, incastro, integrazione, ma anche collisione, collusione, frammentazione, disgregazione. In altre parole, come l'esperienza dimostra e un'ampia letteratura conferma, assolvere il compito primario, ovvero la tutela della salute mentale, non è funzione di operazioni terapeutiche più o meno raffinate che si giocano tra paziente e terapeuta, ma è ineludibilmente legato al registro gruppale tanto nella sua ricchezza di prospettive quanto nella sua potenziale distruttività. In questo senso i servizi, al di là di ogni tendenza tecnicistica egemonizzante, non sono semplicemente luoghi deputati alla organizzazione del lavoro per la realizzazione del compito primario, ma sistemi culturali complessi che tendono a funzionare come organizzazioni inglobanti e totalizzanti. La dimensione gruppale obbliga perciò a tener conto che essa, pur essendo per definizione il punto di partenza nei nuovi contesti dell'assistenza e della salute mentale, va pure maturata e costruita con grande attenzione perché possa essere veramente terapeutica e non fonte di paranoia. Vale a dire che non basta essere parte di un contesto organizzativo dichiarato per soddisfare tutte le potenzialità che il lavoro di gruppo attiva, ma occorre che sia compiutamente realizzato il processo di maturazione che permetta il passaggio da aggregato di persone a gruppo di lavoro, fondato sulla percezione della presenza e del rispetto delle differenze da un lato e, contemporaneamente, sulla percezione della necessità reciproca per portare avanti il compito primario, nel nostro caso la cura dei pazienti.

Concludo con un richiamo di Freud: *La psicoterapia non è un metodo di cura moderno. Al contrario, è la più antica terapia di cui la medicina si sia servita. (...) Anche dopo che i medici hanno scoperto altri rimedi, sforzi psicoterapeutici di un genere o dell'altro non sono mai mancati nella medicina. (...) noi medici non possiamo rinunciare alla psicoterapia per la semplice ragione che l'altra parte coinvolta nel processo di guarigione – e cioè il malato - non ha l'intenzione di rinunciarvi (...). Vi è un fattore dipendente dalla disposizione psichica dei malati che interviene, senza intenzione da parte nostra, nell'effetto di ogni procedimento terapeutico avviato dal medico, nella maggior parte dei casi in senso favorevole ma spesso anche in senso inibitorio. (...) Non è quindi uno sforzo giustificato da parte del medico il tentare di impossessarsi di questo fattore, di servirsene intenzionalmente, di guidarlo e rafforzarlo? Questo, e niente altro, richiede da voi la psicoterapia scientifica.*