

## La relazione come strumento diagnostico per la comprensione dell'altro

*di Caterina Paderni*

E. è un paziente con diagnosi di "psicosi schizofrenica con forti tratti autistici in stato di sufficiente e stabile compenso clinico", seguito ambulatorialmente presso il II Servizio Psichiatrico di Padova da circa quindici anni, cioè dall'epoca in cui, da poco trasferitosi da Napoli con la madre e il fratello minore, si rivolse per la prima volta, su consiglio di un'amica, ad una struttura psichiatrica, all'età di circa trent'anni. Sin dall'infanzia veniva descritto dai suoi familiari e dalle maestre come un bambino strano, che si comportava in maniera bizzarra, sembrava inseguire pensieri che agli altri apparivano privi di senso, spesso confondendo realtà e fantasia. Nonostante le sue difficoltà, terminò gli studi conseguendo il diploma di ragioniere: il suo percorso scolastico, dalle scuole elementari sino agli studi superiori, fu caratterizzato da numerosi episodi di aggressività nei confronti dei compagni e degli insegnanti, aggressività che spesso ha rivolto anche verso i familiari. Parlando di sé, E. riconosce di avere una forte tendenza ad isolarsi, di vivere con molta difficoltà i rapporti interpersonali e ciò sembra essere fonte di grande sofferenza per lui. Gli incontri settimanali sembrano caratterizzati dalla ripetitività: egli spesso descrive la sua situazione familiare utilizzando le stesse espressioni, o raccontando gli stessi episodi. Tende inoltre ad iniziare quasi ogni colloquio lamentandosi dei suoi difficili rapporti con il nonno, ormai deceduto, e con il fratello, dando l'impressione di non rendersi affatto conto di ripetersi. Sembra quasi che l'esigenza di regolarità che pare caratterizzare la vita di E., portandolo a seguire uno schema sociale ben definito – egli infatti lavora in maniera stabile e continuativa, coltiva i suoi interessi, frequenta un gruppo teatrale, ama viaggiare durante le ferie – coinvolga anche la sua esperienza di paziente, come se recarsi alle visite costituisca una di quelle

cose che si devono fare, affinché tutto proceda *normalmente*. L'idea di rigidità e di ripetitività che sorge di fronte a questa esistenza, può portare a riconoscere un meccanismo difensivo tipicamente psicotico nel modo in cui E. reagisce di fronte al disagio, o a ricondurre le sue difficoltà relazionali alla chiusura autistica. Un atteggiamento simile verso il paziente appare tuttavia molto riduttivo, finisce per escludere sin dall'inizio un'autentica possibilità di incontro con E. e, in definitiva, non permette di conoscere nulla di più di quanto venga sancito al momento della diagnosi. L'impressione di "sapere tutto di lui", anziché tradursi in qualcosa di positivo, acquisisce, come osserva Minkowski (1968, trad. it. p. 182), il significato di una perdita, di un impoverimento. L'automatismo diagnostico volto a ricondurre il vissuto del singolo alla categoria più generale, dando rilievo a ciò che si ripete, a ciò che accomuna un gruppo di malati, anziché ricercare ciò che rende unica e irripetibile una persona, nasconde il rischio di dimenticare la ricchezza e la complessità che l'Altro ha in sé e di "immergere il proprio lavoro in un'atmosfera di noia, che pervade tanto l'operatore quanto il paziente" (Barison, 1994). La tristezza che dominava le parole di E. durante il periodo natalizio, la nostalgia che egli sente ripensando alla sua infanzia trascorsa in un'altra città, le lacrime da lui versate in alcuni momenti di particolare sconforto, così come l'aggressività che egli, parlando del nonno o di chiunque altro lo metta a disagio, mi trasmette attraverso il tono acuto della voce o la velocità con cui pronuncia le parole, o ancora attraverso il suo esasperare tali caratteristiche esprimendosi in falsetto e quasi stravolgendo la sua vera voce, hanno una risonanza in me ben lontana dalla presunta *anaffettività*, ritenuta sintomatica della condizione autistica. Ferdinando Barison, nei suoi scritti come attraverso la sua pratica clinica, evidenzia la necessità di essere critici e "pensosi nell'accettare una qualsiasi teoria patogenetica" (Barison, 1975): ciò, da un lato, richiama il suo insegnamento a superare il momento eziologico, a non guardare solo alle cause, ma soprattutto agli effetti del modo di essere di ogni singolo paziente, concentrando il nostro impegno nella situazione presente dell'incontro con il lui, piuttosto che scavare nel suo passato; ma, leggendo le sue parole in senso più generale, è possibile scorgervi il rifiuto della

possibilità di individuare un unico fattore come determinante del disagio psichico e la consapevolezza della mancanza di certezza che caratterizza il lavoro dello psichiatra e dello psicologo. Attraverso la sua lunga riflessione, Barison giunge a considerare la schizofrenia non come una malattia, ma come "modo di vivere altrimenti", non in un mondo interiore fantasmatico, ma nel mondo di tutti, in un modo diverso (Barison, 1984). Egli si fa così esponente di una psicopatologia che si colloca in una posizione di sfida rispetto a quella psichiatria "burocratica", tipicamente anglossassone, che, attraverso le rigide definizioni dei manuali e la tendenza allo schematismo diagnostico, finisce per scorgere nella persona schizofrenica solo disordine, deterioramento, difetto. La psicopatologia barisoniana si pone invece come inesauribile significazione dei fenomeni, nel tentativo di rendere ragione dell'esperienza della persona sofferente e di conoscere il modo in cui quel paziente vive i suoi sintomi. Limitarsi a denominare scissione psicotica la modalità quasi automatica con cui E. reagisce aggressivamente nei confronti di chiunque lo metta a disagio o da cui si senta umiliato, impedirebbe di comprendere come lui stesso vive la sua aggressività e le sue azioni violente. Egli sembra vivere nel dubbio, nell'incertezza, nell'ambivalenza: se a volte sembra categorico nel denigrare le persone da cui, anche in un lontano passato, si sia sentito offeso e sembra soddisfatto di aver insultato o minacciato chi, secondo lui, non l'ha voluto accettare, altre volte la sua apparente certezza è percorsa da un dubbio, che apre lo spiraglio a critici interrogativi su ciò che sarebbe stato se si fosse comportato in modo diverso. Anche il suo quasi irriducibile astio verso i suoi familiari spesso lascia spazio a toni ambivalenti, quasi di tenerezza nei loro confronti. La presunta incongruenza tra tonalità affettiva e contenuti espressivi che caratterizzerebbe la persona autistica diventa quindi una chiave eccessivamente sterile per avvicinarsi all'altro: supporre che all'origine dei comportamenti aggressivi e talora bizzarri di E. ci siano "il vuoto e l'aridità sentimentale" (Barison, 1961), non terrebbe conto e in ultima analisi non rispetterebbe lo sconforto con cui egli mi comunica: "*Ho difficoltà a vivere con la vita...per me ogni giorno è un combattimento*", o ancora: "*Io non ho delle colpe gravi- dice- sono una brava persona, non faccio del male, cosa*

*bisogna fare perché gli altri mi credano?'*. Un tale cambiamento di prospettiva nella concezione della malattia mentale, liberata da ogni determinismo, sia esso di natura biologica, familiare o sociale, si traduce in un radicale mutamento del modo di intendere il rapporto tra il paziente e l'operatore, psichiatra o psicologo che sia. Infatti, se il male non è più localizzato e chiuso dentro il paziente, se la follia non è più ridotta a qualcosa di unitario, semplice ed identificabile, che possa essere scoperto, identificato e controllato, se non ci si accontenta della semplice sommatoria di sintomi, che non lascia spazio alla storia e alle emozioni del malato (Mistura, 1998, pp. LXXXV-LXXXVI), ma si sceglie di dare voce alla sua interiorità, nella consapevolezza dell'intenzionalità sottesa alle sue modalità espressive, allora la fredda asimmetria della relazione tra curato e curante non potrà che cedere il passo ad un coinvolgimento ben più profondo e rischioso per l'operatore. Quest'ultimo, infatti, da asettico e distante professionista, impegnato a raccogliere dati e a prestare ascolto unicamente all'altro, entra egli stesso a far parte del mondo del suo paziente, come Altro in carne ed ossa, significativo proprio in virtù della sua umanità: crolla così, come afferma De Salvia (1970), la sudditanza che separava medico e malato, la rigidità dei ruoli viene sostituita dall'interscambio continuo, dall'osservazione reciproca all'interno di una coppia. Sullivan (1953, trad. it. pp. 29-30), a partire dalla considerazione secondo cui i dati stessi della psichiatria sono azioni, eventi che hanno luogo in campi interpersonali, compie un passo significativo verso il riconoscimento della specificità delle scienze umane - sottolineata da Dilthey prima e da Jaspers successivamente - rispetto al modello delle scienze naturali: la psichiatria e la psicologia sono "scienze di eventi" (Gaston, 1996, p. 89), in cui si esprime la vita stessa dell'uomo. Il paziente, come afferma Galimberti (1999, p. 141), non rappresenta un mero oggetto di studio, posto di fronte ad un soggetto percepente e così oggettivato, ma è da questi appropriato come evento della sua stessa vita e, così, in questo modo assolutamente peculiare, conosciuto. Partendo da simili premesse, la possibilità della conoscenza non è più nemmeno pensabile in una psichiatria dove ci sia spazio solo per

l'applicazione di questionari, più o meno strutturati, che della vita psichica di una persona non rivelano se non segmenti atomizzati e congelati: Borgna (1997, pp. 20-22) sostiene pertanto la necessità di immergersi nell'area sfuggente e problematica dell'intersoggettività, abbandonando ogni atteggiamento di fredda scientificità e fondando l'incontro con il paziente nel contesto di una relazione interpersonale. L'alleanza tra l'interiorità del paziente e l'interiorità dello psichiatra (o dello psicologo) assume un significato particolare nello studio psicologico della schizofrenia: di fronte all'angoscia della persona schizofrenica, fatta di silenzi assordanti e di molteplici modalità espressive, lo psichiatra si trova costretto, come osserva Barison (1952), ad abbandonare la fiducia in un criterio nosologico univoco e sempre efficace. I vissuti di sconforto e di impotenza dell'operatore, lungi dall'essere rinnegati come pericolose fonti di disturbo, vengono rivalutati come manifestazione di una soggettività che, con le parole di Callieri (1996, p. 46), diventa la più autentica sorgente di conoscenza di fronte all'esperienza psicotica.

Proprio in considerazione del carattere di intenzionalità che egli scorge anche nelle più estreme manifestazioni espressive dello schizofrenico, Barison ritiene che la tecnica per apprezzare l'incomprensibile schizo si debba basare necessariamente sulle reazioni affettive del clinico di fronte ad esso, sul suo modo di risuonare e di vibrare a confronto con l'esperienza schizofrenica. Evidenziando l'immediata applicabilità della lezione fenomenologica ed ermeneutica nel lavoro quotidiano con i pazienti, Barison (1987) individua come regola fondamentale dell'agire psichiatrico la necessità di accettare il paziente così com'è: ciò si traduce nel tentativo di venire incontro ai suoi bisogni, adeguandosi alle sue modalità di richiesta e ai suoi tempi, ma ancor prima in un atteggiamento com-prensivo, che sappia trascendere la semplice immedesimazione con l'altro. L'autore riconosce come momento cruciale della relazione terapeutica, ma anche di qualsiasi relazione tra un paziente ed un operatore autenticamente disposto a conoscerlo, a prescindere dalla successiva scelta del metodo o della tecnica da seguire, una fase "psicologica", in cui lo psichiatra (o lo psicologo) cerca di *stare insieme* al suo paziente, si dispone alla maggior

accettazione possibile dei suoi comportamenti, prestando voluta attenzione a quanto appare di personale nel suo modo di essere, ricercando quegli elementi comportamentali ed espressivi, patologici e non, che tendono a distinguerlo dagli altri – elementi che, secondo Barison, non mancano mai, nemmeno negli handicappati più gravi. Dopo queste necessarie premesse, è possibile che il processo terapeutico giunga ad una seconda fase, veramente terapeutica, in cui l'originalità del paziente, colta dal terapeuta, venga più o meno oscuramente vissuta di riflesso dal paziente stesso come senso della propria dignità di essere umano, capace di interessare un altro essere umano non su un piano pietistico, paternalistico, ma per le proprie qualità personali. Il paziente in questo spazio unico, in cui si trova come non mai «insieme», sperimenta per la prima volta una libertà dalle condizioni depossibilizzanti morbose che potrà avere gradualmente, successivamente, fuori dallo spazio terapeutico (Del Monaco Carucci et al., 1982).

In questo modo anche la ripetitività, da elemento negativo inteso come deficitario, diventa un modo di essere, che può racchiudere in sé il senso che E. attribuisce alle sue visite settimanali: il Servizio rappresenta forse per lui un punto di riferimento cui egli, rassicurato dalla familiarità costruita nel corso di questi lunghi anni, sa di potersi rivolgere nei momenti di maggior difficoltà. Ripetere è forse un modo per mantenere la continuità, per assicurarsi la fiducia e garantirsi così la possibilità di esprimersi in tutta la sua irruenza e aggressività quando il disagio è meno controllabile e il bisogno diventa più urgente. L'impegno del clinico, nella riflessione barisoniana, è pertanto tutto teso alla costruzione di spazi comunicativi; il fine ultimo di questo sforzo è di attenuare la distanza (solo apparentemente incolmabile) fra l'esperienza estranea alla sofferenza psichica e l'esperienza dei pazienti che in essa sprofondano (Borgna, 1997, p. 237), di aiutare il malato a capire che il suo modo di essere non lo isola radicalmente in una temuta singolarità, ma gli permette ancora di confrontarsi con altri modi di essere (Calvi, 1993, p. 109). Lo stesso Eugen Bleuler (1911, trad. it. pp. 177, 220) riconosce l'importanza dell'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra terapeuta e paziente, affinché, nell'intima dimensione del loro incontro, il paziente

possa sentirsi confortato e tranquillizzato: l'utilizzo delle tecniche e dei metodi psicoterapeutici costituirà un passo successivo, un mezzo atto ad approfondire tale rapporto. La *clinica dell'incontro* proposta da Barison si fonda su di una psicopatologia che non ha parametri di laboratorio o certezze d'altro genere, ma dispone di tre modi possibili di conoscenza: la comprensione, l'intuizione, l'interpretazione ermeneutica; strumenti poveri, scrive Di Petta (1996, p. 67), apparentemente fragili ed effimeri, ma che, proprio perché sono gli stessi che lo psichiatra e il paziente vivono insieme nell'essere-con dell'incontro, rappresentano i più raffinati scandagli e, dall'altra parte, le grucce più resistenti per cogliere, puntellare e descrivere realtà umane, che continuano a sfuggire a tutti i tentativi di intrappolamento della psichiatria biologica. Per poterci avvicinare veramente al paziente, suggerisce Ferlini (1996, p. 97), dobbiamo fare tesoro delle nostre esperienze, dei nostri studi, delle nostre sofferenze, ma dobbiamo necessariamente essere consapevoli che l'incontro con lui sarà comunque un'esperienza nuova, mai successa prima e mai più ripetibile: la sospensione del giudizio, l'*epoché* fenomenologica sta quindi nell'accettare di non conoscere prima che cosa succederà nell'incontro, nella disponibilità a rinunciare allo sforzo di capire cosa succede all'altro, cosa pensa, com'è fatto, nel saper ascoltare in silenzio ciò che l'altro sembra voler comunicare e cosa sentiamo dentro di noi. Epoché significa quindi, tra le altre cose, *umiltà* nell'esercizio della pratica psichiatrica o psicologica, quella «naturale, umana, gentile modestia» che Barison (1990) attribuisce a tanti validi psichiatri, che forse non spiccano ai congressi esibendo la propria cultura, ma hanno comunque la capacità di convivere anche con le esistenze più travagliate, portandole fuori dai guai psicopatologici e di ottenere, con naturalezza e senza ostentazione, veri e propri successi terapeutici. L'umiltà è caratteristica irrinunciabile dello psichiatra (o dello psicologo), che abbia coscienza della provvisorietà e dell'enigmaticità di ogni suo metodo e di ogni suo intervento. Lo stesso E. è il primo a ricordarcelo quando, rispondendo ad una mia riformulazione di quanto egli mi ha comunicato, afferma: "Non saprei, è possibile...forse!"

La cultura dell'*intersoggettività*, che permea la dimensione dell'incontro tra uno psicologo (o uno psichiatra) e il suo paziente, diventa così necessariamente, nella consapevolezza della non determinazione e della non univocità dell'esperienza psichica e della pluralità delle interpretazioni possibili, *cultura dell'umiltà*.

## BIBLIOGRAFIA

- BARISON F. (1952), *L'impostazione del problema psicologico della schizofrenia*, in "Arch. di Psicol. Neurol. e Psych.", 13, 1952, pp. 474-488.
- BARISON F. (1961), *Art e Schizophrenie*, in "L'Evol. Psych.", 26, 1961, pp. 69- 92.
- BARISON F. (1975), *Fenomenologia e teorie del paradosso familiare*, in "Riv. Sper. di Fren.", 99, 1975, pp. 759-760.
- BARISON F. (1984), *L'esistenza schizofrenica e la cronicità*, in "Psichiatria Gen. e dell'Età Evol.", 22, 1984, pp. 11-14.
- BARISON F. (1987), *Principi di psicoterapia fenomenologica. Trattamento di insufficienti mentali gravissimi*, in "Psichiatria Gen. e dell'Età Evol.", 25, 1987, pp. 149-157.
- BARISON F. (1990), *Tipologia dello "psichiatra-medico". Successi terapeutici*, in "Psichiatria Gen. e dell'Età Evol.", 28, 1990, pp. 579-580.
- BARISON F. (1994), *Noia, apatia, perseverazione nella schizofrenia*, in "Psichiatria Gen. e dell'Età Evol.", 32, 1994, pp. 153-154.
- BLEULER E. (1911), *Lehrbuch der Psychiatrie*, Springer Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg (trad. it. Trattato di psichiatria, Feltrinelli, Milano, 1967).
- BORGNA E. (1997), *Le figure dell'ansia*, Feltrinelli, Milano.
- CALLIERI B. (1996), *Lo psicopatologo clinico e la demitizzazione della nosologia*, in A. Ballerini e B. Callieri (a cura di), *Breviario di psicopatologia. Le dimensioni umane della sofferenza mentale*, Feltrinelli, Milano.

- CALVI L. (1993), *Prospettive antropofenomenologiche*, in AA.VV., *Trattato italiano di psichiatria*, I, Masson, Milano.
- DEL MONACO-CARUCCI S., VALER T., CONTARELLO E. (1982), *Psicoterapia fenomenologica*, in "Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva", 2, 1982, pp. 403-406.
- DE SALVIA D. (1970), *Considerazioni sul rapporto medico-paziente in psichiatria*, in "Psichiatria Gen e dell'Età Evol.", 8, 1970, pp. 327-344.
- DI PETTA G. (1996), *La descrizione dell'incontro in psicopatologia clinica*, in *Breviario di psicopatologia. Le dimensioni umane della sofferenza mentale* (citato)
- FERLINI G. M. (1996), *Conclusioni*, in F. Sbraccia (a cura di) *Schizofrenia: labirinti e tracce. Sogno e schizofrenia*. La Garangola, Padova, 1996.
- GALIMBERTI U. (1999), *Psiche e Techne*, Feltrinelli, Milano.
- GASTON A. (1996), *La psicopatologia tra scienze della natura e scienze dello spirito*, in *Breviario di psicopatologia. Le dimensioni umane della sofferenza mentale* (citato)
- MINKOWSKI E. (1968), *Le temps vécu. Etudes phénoménologiques et psychopathologiques*, Delachaux et Niestlé, Neuchtel, (trad. it. *Il tempo vissuto*, Einaudi, Torino, 1971).
- MISTURA S. (1998), *Introduzione* in Minkowski E., *La schizofrenia*, Einaudi, Torino.
- SULLIVAN H. S. (1953), *The interpersonal theory of psychiatry*, W. W. Norton, New York (trad. it. *Teoria interpersonale della psichiatria*, Feltrinelli, Milano, 1962).