

ENRICO VARRANI

Che cosa fa lo psichiatra?

*Se ascolto, dimentico
se vedo, ricordo
se faccio, capisco.*
(detto popolare cinese)

Trovo ermeticamente condensato nel suddetto proverbio cinese lo spunto iniziale del mio discorso.

Sono difficili i proverbi cinesi, fanno pensare; in particolare quello citato, ricordato anche da Bruno Munari in una recente intervista sulle modalità educative e di apprendimento nei bambini, parrebbe portare alla conclusione che solo se si è nella posizione di chi fa, si può giungere al felice risultato di capire, imparare e comprendere, mentre le altre posizioni, ascoltare e vedere, sembrano essere insufficienti ai fini comprensivi. Perlomeno questo è il senso che Munari sembra attribuire al proverbio nell'intervista: nel processo formativo-educativo tutto è rafforzato dai fare, anzi solo facendo si può capire.

A questo punto devo fare una indispensabile precisazione: l'ambito in cui situo questo discorso è naturalmente quello che attiene il versante della creatività dell'uomo, e di quella categoria creativa che si potrebbe definire ludicoartistica.

Se si vuole spostare il piano di questo discorso dall'ambito creativo-artistico a quello della formazione e dell'apprendimento tecnico-scientifico, e quindi al successivo della creatività e ricerca scientifica, il discorso necessariamente ha bisogno di qualche aggiustamento.

Nelle sale universitarie, quando si era nella condizione di allievi, gran parte del lavoro era fondato sull'ascoltare e dobbiamo dire che non tutto ciò che abbiamo ascoltato è stato dimenticato, anche se forse in gran parte sì; probabilmente quanto più la voce di chi ci parlava proveniva da una persona alla quale attribuivamo valenze, capacità e doti di "docente-maestro", quanto più ciò che diceva entrava in qualche modo dentro di noi e veniva conservato. Così, naturalmente, negli anni successivi della nostra formazione quanti docenti-maestri abbiamo avuto?

Ed in campo didattico-scientifico il vedere, come è formulato nel proverbio citato all'inizio, permette di ricordare? Per rispondere a questo quesito si potrebbe pensare al ruolo sicuramente rafforzativo che ha la lavagna o la rappresentazione grafica nel corso della lezione, o la diapositiva nel corso della esposizione del relatore al congresso.

Tuttavia vengono in mente a tutti esempi in cui veniva data eccessiva enfasi al vedere da parte di relatori, che di diapositiva in diapositiva ottenevano come risultato la ovvia perdita dell'attenzione dell'uditore.

Anche a livello fantasmatico può valere lo stesso discorso: quante volte ci è capitato di pensare che desideravamo vedere come se la sarebbero cavata i nostri maestri alle prese con un caso difficile che ci angustiava e con il quale eravamo in un terreno che ci vedeva impantanati e muoverci a fatica? Quante volte abbiamo pensato: "Vorrei vedere lui al posto mio come se la caverebbe!". Naturalmente taccio sulle implicazioni sadico-invidiose nei confronti del cosiddetto docente-maestro, che tale fantasia contiene, implicazioni che si manifestano sulla base di una relazione distorta allievo-maestro in cui l'allievo è in rapporto di sottomissione, passività ed eccessiva dipendenza dall'oggetto-docente ipervalutato, al quale più frequentemente "viene richiesto un talismano che permetta la chiave della comprensione e della conoscenza" (De Martis, 1978).

Tuttavia in quel terreno ci troviamo noi, e se siamo consapevoli che il talismano è un oggetto creato dal desiderio che esistano genitori docenti onnipotenti, siamo allora chiamati a fare, e fare, per uno psichiatra, significa entrare in quel terreno paludoso che è la relazione con il paziente psicotico. In questa palude il più delle volte non ci si capisce proprio niente, i punti di appoggio non sono saldi e a volte più ci si muove, più si ha l'impressione di affondare insieme al paziente. Inoltre, in queste condizioni, l'essere spontanei con il paziente schizofrenico, sia nell'agire che nel parlare, che è una delle cose più difficili e insieme, si potrebbe dire più terapeutiche, risulta veramente problematico.

Un tentativo allora può essere fatto esplicitando più in dettaglio quei momenti presenti nella relazione terapeutica, in cui, potenzialmente, c'è una maggior percorribilità, che, se si coglie, può ingenerare attribuzioni di senso utili in quanto portano luce all'interno della relazione terapeutica.

De Martis (1978), a proposito dell'inquietante interrogativo su che taglio dare all'insegnamento nell'edificio distorcuto e malfermo del sapere psichiatrico, scrive: "L'insegnamento della psichiatria rinserra una serie di insidie e propone aporie non facilmente superabili. E manifesta l'impossibilità ad aderire ad un modello clinico-nosografico tradizionale storicamente derivante da una visione naturalistica e reificante del disagio psichico. Peraltro il riferimento alla semiologia delle funzioni propone una visione frammentata della esperienza psicologica, di derivazione associazionistica. Scartati questi modelli, il contributo della didattica psichiatrica, opportunamente integrata con

quella della psicologia, può limitarsi ad alcune formulazioni basiche che ritengo di preminente interesse per il futuro medico... La finalità di questo approccio è quella di contribuire in qualche misura alla formazione di quell'attitudine di osservazione ed ascolto disponibile, di sospensione di giudizio, di possibilità di immedesimazione, infine di evitamento di cortocircuitazione, che rappresenta il rischio di una medicina troppo attivista e obiettivante".

Può non essere facile attuare il tipo di approccio suggerito da De Martis, e soprattutto ci si può chiedere quale apporto possa dare, anche al di fuori del contesto didattico universitario, la psicoanalisi al quotidiano "fare" dello psichiatra.

Ma che cosa fa uno psichiatra nel suo lavoro? Che cosa fa nella relazione terapeutica con il paziente psicotico? Ascolta il paziente, vede il paziente, lo osserva, parla con lui? Sono espressioni comuni nel nostro lavoro quotidiano (parli tu con la paziente X, ascolto io il paziente Y). Per dare risposte soddisfacenti, mi sembra necessario limitare il campo: limitiamolo per esempio all'ascolto. Che cosa ascoltiamo del paziente?

Vi vorrei invitare a questo punto, in maniera preliminare, a fare uno sforzo immaginativo e mnemonico, per riandare con la memoria alla prima volta che ognuno di noi si è trovato al cospetto di una persona malata di disturbi psicotici o, se si vuole, alla prima volta che nella nostra vita abbiamo varcato la porta di un reparto psichiatrico (per la precisione non tanto occorre varcarne la soglia per incontrare psicotici, come non tanto occorre incontrare psicotici per trovarsi in presenza di situazioni psicotiche); io credo che allora ci trovassimo in una situazione paralizzante in cui i nostri sensi percepivano gli stimoli esterni in modo distorto, attenuato o amplificato dal senso di profonda paura, o possiamo anche dire terrore, che ci invadeva. E immaginiamo, ora come allora, di non avere parole da dire, di essere psichiatri muti, e che per questo motivo, comprese sempre di più negli anni della nostra successiva formazione le ragioni di quella paura, possiamo usare l'udito in modo non così distorto dalla interferenza di emozioni negative.

Che cosa ascoltiamo quindi del paziente (1)?

Rumori, suoni che provengono dal suo corpo, dai visceri, dalle cavità: i gorgoglii del tubo intestinale, una rumorosa eruttazione, uno sbattere palatale della lingua, una scandalosa flatulenza, o il suo fine sospiro, il suo ansioso ansimare, il soffio ferino delle sue narici?

Oppure rumori meno corporei, meno neurovegetativi e più pensati, anche se magari automatici: il tamburellare delle dita sulla sedia, un digrignar di denti, le sue unghie che stridono sulla scrivania, la flebile nota di un suo infantile e malato lamento, la vocale inconsolabile di una sua disperazione o la consonante rabbiosa di una sua urlata protesta?

1) La parte dello scritto che segue deve molto al Seminario Il linguaggio della psicoanalisi, tenuto dal Prof. G. Carloni presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Pavia il 18.5.81.

Oppure ancora rumori prodotti dal suo movimento nello spazio intorno a sè: un tonfo giù dal letto, il campanello della stanza che suona, il suo passo, il suo bussare alla porta, educato, violento, impercettibile, irriverente.

E che dire del suo infallibile silenzio? Di pace, di malinconia, di sfida, di tensione, di aggressività.

Tutto questo si ascolta per ciò che è nella radice fisica del fenomeno acustico, ma soprattutto per ciò che sono i fuochi emotivi che accende in noi e, se si possiedono la sufficiente pazienza, tranquillità, intuito e acume interpretativo, per il legame e il senso affettivo che sta dietro il fenomeno e dentro la relazione col paziente.

Questo, e il modo che ho scelto per dirlo, è poetico, ma è forse il caso di riesumare una vecchia antitesi che vuole, chissà perché, la poesia opposta alla prosa.

Sentiamo che cosa può dire un paziente quando sceglie o può scegliere come sistema comunicativo quello verbale, della parola.

Riporto una tranne di colloquio con un paziente psicotico. Sono parole del paziente: "Allora ho preso la macchina e ho incontrato un ponte. Pioveva, il ponte era pieno d'acqua o meglio, c'era il ponte, questo ponte passava sopra... ed era... No. Io da lontano mentre arrivavo ho visto dell'acqua, lontano in trasparenza sui campi. No. C'era un ponte con una.. ma era pieno d'acqua. Dietro mi arrivava una macchina, io ho suonato per avvertirlo, ma non ha capito... Mi sono fermato una volta arrivato lì. C'era il ponte, la strada passava sotto il ponte e la strada era piena d'acqua, io ho dovuto fermarmi. L'acqua era alta e arrivava fino al ponte" (2).

Ho scelto questo esempio in quanto secondo me ben rappresenta un racconto che suscita nell'interlocutore, come ha suscitato in me quando l'ho ascoltato, una risposta emotiva che ha molto a che fare con la confusione, e, da parte del paziente, con la perdita della capacità costruttiva di un quadro nitido, di un discorso chiaro.

Il filo di Arianna che seguirò prevede un tragitto che partendo dall'hic et nunc della relazione col paziente, torna ad eventi della sua storia passata e prende poi in esame fatti avvenuti successivamente, ritrovando in ognuna di queste tappe la parola o il simbolo acqua, il quale, di volta in volta, è utilizzato per separare spazi, stati mentali, e condizioni antitetiche: la vita e la morte, il sonno e la veglia, il sogno e la realtà, il passato e il futuro.

Scelgo come punto di partenza il discorso del paziente. Il filo dei pensieri del terapeuta che ascolta, lo ha portato a porsi la domanda: "Ma ciò che mi sta dicendo, è sogno o realtà?"; le reazioni emotive dello psichiatra sono state alla base di un suo successivo stato di momentanea confusione.

2) Il caso in questione è stato presentato e discusso in incontri di supervisione in un gruppo sul tema *La relazione terapeutica in ambito istituzionale*, condotto dal Prof. F. Putrella nel 1984 presso il CIS. Le considerazioni che seguono si avvalgono anche della discussione sul caso avvenuta in quel gruppo.

Lo stato confusivo del terapeuta nasceva quindi dal chiedersi se si trovasse di fronte ad un racconto onirico, oppure ad un evento od un fatto reale. La successiva preoccupazione è stata quella di non aumentare la distanza emotiva dal paziente, per esempio facendogli domande tese a risolvere il proprio quesito, cosa che avrebbe avuto un carattere espulsivo rispetto a ciò che il paziente voleva comunicare.

Da qui attraverso l'accettazione di uno stato di momentanea confusione "non ho paura della mia confusione", e attraverso l'astensione dal far domande, ne è derivato un ascolto del discorso del paziente da parte del terapeuta, fondato su un suo atteggiamento verbale ed emotivo, che in questo modo ha avuto maggiori possibilità di essere fedele alla rappresentazione degli stati mentali originari, così come erano nati nella mente del paziente.

Pare ovvio, sottolineare che se si assume il punto di vista degli stati mentali originari, anche la domanda iniziale "Ma è sogno o realtà?", perde di significato, in quanto, così come si forma, al pensiero psicotico non attiene una simile domanda che invece è più propria dei pensieri a struttura più evoluta (struttura nevrotica). Naturalmente quello descritto nella mente del terapeuta che ascolta, non è stato un cammino avvenuto in lui consciamente e dettato da lucida razionalità, ma piuttosto è situato in un ambito, si potrebbe dire, di intuito clinico preconsciouso e di disponibilità alla immedesimazione da parte del terapeuta, che, sulla base di una sua conoscenza e di una sua formazione psicoanalitica, ha potuto recuperare successivamente, stavolta ad un livello conscio e razionale, il significato di quello che stava accadendo.

Uscendo dalli'hic et nunc e nel tentativo di ricostruire un senso, mi giovo di un dato anamnestico. Nel corso di un colloquio precedente il paziente mi aveva parlato di una sua esperienza traumatica che aveva vissuto in età adolescenziale. Durante una gita in località fluviale, facendo il bagno in acque correnti, rischiò di annegare e fu salvato dal pronto intervento di un altro bagnante; che si tuffò e lo trasse all'asciutto quasi privo di sensi. Le parole del paziente nel riferire questo episodio sono state: "Più volte andai sopra e sotto il livello dell'acqua".

L'esperienza traumatica in questo caso è consistita in un ripetuto confronto con la morte per acqua, in un periodo di tempo molto breve, che il paziente accidentalmente e passivamente fu costretto a subire, fino al momento in cui venne tratto all'asciutto.

L'evento successivo, che si verificò a qualche distanza di tempo dal discorso confuso del paziente, fu il seguente: egli si allontanò da casa lasciando perdere le tracce di sé e, dopo non aver trovato i mezzi materiali economici e la carica psichica sufficiente per raggiungere un luogo, Israele, in cui voleva recarsi, decise di seguire una voce che sentiva dentro di sé, che gli diceva di "s-parire" e, dopo una sosta di molte ore sulla spiaggia con lo sguardo perso nelle onde e sull'acqua del mare Adriatico, gli sembrò di non avere più la forza di opporsi a quella voce e per sparire decise di prendere un'altra dose di

benzodiazepine. La morte del paziente solo per caso potè essere sventata dall'intervento di un vicino.

Mi sembra utile notare che il paziente è un buon lettore della traduzione "Nuovo Mondo" della Bibbia e che di questo testo ha una visione di tipo oleografico hollywoodiano (per intenderci come dai film *La Bibbia o I Dieci Comandamenti*). Gli episodi della Bibbia che, secondo questa visione, vengono per primi alla mente quando si pensa alla parola acqua, sono da una parte il diluvio, l'episodio dell'arca di Noè, e dall'altro il passaggio del Mar Rosso da parte di Mosè. In entrambi questi casi la parola acqua ha in sé un doppio significato: acqua che dà la vita, che salva, e acqua che toglie la vita, che uccide. Appartengono al significato salvifico le seguenti parole della Genesi: "E le acque crebbero e sollevarono l'arca che fu levata in alto d'in su la terra"; oppure le seguenti dell'Esodo: "E i figliuoli d'Israele entrarono in mezzo al mare al-1"asciutto". Appartengono invece al significato mortifero queste altre: "Tutto quello che c'era sulla terra asciutta e aveva alito di vita nelle sue narici, morì" (Genesi); oppure: "Le acque ritornarono e ricoprirono i carri, i cavalieri, tutto l'esercito del faraone" (Esodo).

Alla luce di tutto ciò la comunicazione del paziente nell'esempio scelto può essere letta come tentativo di ricercare, nella persona che l'ascolta, un salvatore e cioè un terapeuta che sia a conoscenza del passato e del futuro, che possa, in virtù di doti onniscienti e di poteri direttamente ricevuti dalla divinità (così come Noè e Mosè fecero), trarre in salvo l'uomo inteso come genere umano, la famiglia di Noè, oppure come popolo eletto, Israele.

La richiesta impossibile del paziente; che lo psichiatra sia il dio o l'emissario divino capace di capire senza che lui dica, ed alla quale il terapeuta non sa dare risposta soddisfacente per il paziente, riporta lo psichiatra ad un ruolo più umano, e cioè di uomo inevitabilmente alle prese, oltre che con i suoi vissuti controtransferali, di nuovo con i proverbi cinesi che dicono: *Se ascolta*, come ascoltai il racconto dell'episodio del trauma quando il paziente rischiò di annegare, *dimentico* come lo dimenticai nel momento della comunicazione confusa del paziente.

Se vedo, così come vidi il tentato suicidio, ricordo, e quindi posso utilizzare questa esperienza clinica per il futuro; ma non come fecero l'improvvisato bagnino e il vicino, che videro il paziente in pericolo ed intervennero a posteriori rispetto al fatto: l'elemento infatti che connota la differenza tecnica dell'intervento dello psichiatra rispetto al vicino di casa o altri, consiste nella professionalità stessa del medico di saper cogliere l'eventuale presenza di "segnali di allarme" all'interno della relazione col paziente, che possano, una volta visti dallo psichiatra e segnalati al paziente, mettere quest'ultimo in condizioni di maggior sicurezza. Del resto nel caso citato il *Se faccio* del proverbio, e cioè se resto in relazione con il paziente anche in momenti in cui sono confrontato con stati d'animo spiacevoli, come la momentanea confusione, è ciò che ha permesso di giungere in qualche modo ad un capisco e cioè ad una riflessione sentita come necessaria su ciò che era avvenuto.

Concludendo e ritornando all'interrogativo del titolo di queste riflessioni, il fare dello psichiatra, inteso come un fare nella relazione col paziente, richiama un pensare, e cioè una attività di pensiero del terapeuta, che trae spunto e stimolo dalla relazione con il paziente, e che è capace di mettere in atto in vario modo (discussioni di gruppo dei casi, supervisioni, elaborazioni e riflessioni personali) processi di rivitalizzazione di dinamiche del paziente cristallizzate cronicamente o sistemi di contenimento di forze acute massicciamente disgreganti, in modo da permettere processi identificativi con il paziente più modulati e da gettar luce sul labirinto emotivo controtransferale.

Bibliografia

De Martis D., "Il talismano inaccessibile. Problemi di dipendenza e di autonomia in un'esperienza didattica", in *Psicoanalisi e istituzioni*, Le Monnier, Firenze, 1978.