

Domenico Marcolini

LA CURA DAL PUNTO DI VISTA DEL PAZIENTE

Nella centralità che sempre più va assumendo il tema della validazione e della standardizzazione delle procedure all'interno dell'aziendalizzazione dei servizi alla persona, le strutture sanitarie ci obbligano a trattare anche lo psichico entro schemi razionali capaci di produrre configurazioni tangibili e misurabili rispetto all'efficacia degli interventi in ambito psicologico.

Il pensiero che sostiene tale pretesa ritiene che l'esperienza di due persone che si trovano assieme per condividere ed elaborare dei vissuti di sofferenza possa essere descritta attraverso le classiche catalogazioni della nosografia psicopatologica, così come, analogamente, possa essere codificata, attraverso pratiche predefinite e predefinite, la processualità di tale esperienza d'incontro.

Alla base di tale pretesa troviamo un'idea di scienza in grado di occuparsi dell'osservazione di oggetti definiti fino a scoprirne l'intima verità: un pensiero scientifico che si ritiene pertanto capace di scoprire la verità degli oggetti della sua osservazione.

Una visione positivista della scienza quindi, che rimanda ad un modello metafisico che ha la stessa perentorietà della metafisica del più tradizionale giudizio religioso.

Infatti se la religione diceva tu non sei delirante, matto, ma sei peccatore, sei preda del demonio e quindi ti devo liberare dal male, dal maligno....analogamente la pietà scientifica dice io ti libero dalla tua malattia e si aggrappa alla scienza positiva per dire malattia anziché peccato. E usa le parole metaforiche della clinica (depressione, dissociazione, dipendenza...) nell'illusione di aver individuato l'oggetto dell'osservazione scientifica. (Diego Napolitani, 2012)

Il moderno riproporsi di una tale concezione positivista della psicologia all'interno delle istituzioni aziendali sembra però ignorare del tutto la lezione dello stesso Freud quando ci ricorda che "l'uomo non è padrone in casa propria" (costringendoci

quindi al confronto con l'incertezza...) e dimentica la definizione di Nietzsche per il quale la scienza non è sapere oggettivo ma "malattia dello spirito" nella misura in cui chi fa scienza affidandosi alle sue tesi con assoluta certezza, non fa altro che cercare sicurezza di fronte alla angoscia di vivere, sublimando la paura dell'oscuro e del mistero attraverso la certezza dei fatti osservati.

E' qui facile vedere come, analogamente, la diagnosi oggettivante della psicologia positivista rivesta la principale funzione di difenderci dal dolore del paziente, dalla fatica di ricevere, accettare e tollerare la sua angoscia. Così come la sua pretesa di oggettivare ciò che non è sostanzialmente oggettivabile, nell'illusorio privilegiare i processi logici e procedurali che enfatizzano le certezze piuttosto che la familiarità con l'ignoto, dimentica che la tolleranza dell'insicurezza, della complessità del dubbio e del dolore mentale, quale "capacità negativa" (Bion) di sostare temporaneamente nel non sapere e non capire, è una connotazione specifica del lavoro nelle relazioni d'aiuto.

Oggi molti ambiti della scienza, dalla fisica all'antropologia, hanno messo in discussione questo modello metafisico della scienza.

Dopo che Karl Heisenberg ha affermato che "nel momento in cui osservo cambia ciò che osservo", dopo che Thomas Kuhn ha proposto la sua rivoluzione dei paradigmi scientifici, sembra che l'ultima disciplina a venir toccata da questa rivoluzione sia la disciplina psicologica, soprattutto in ambito pubblico, che si trova quindi in palese ritardo rispetto ai più moderni orientamenti.

In sintesi: la conoscenza che nasce nel campo delle relazioni d'aiuto non si presta ad essere generalizzata e codificata al pari della conoscenza che si produce in campo scientifico, pena il divorzio definitivo fra conoscenza e comprensione.

L'originalità irripetibile della concretezza dell'esperienza soggettiva non può, infatti, essere sistematizzata in termini di oggettività scientifica.

Ignorare questa evidenza implica, inevitabilmente, fuorvianti ricadute concettuali e metodologiche sia relativamente all'idea di **diagnosi** che a quella di **cura**, e riverbera

in maniera altrettanto fuorviante, sull'analisi di quali siano i **fattori decisivi nel processo di cura.**

In tale contesto **DIAGNOSI** diviene, infatti, un atto unilaterale centrato sul ricorso, più o meno raffinato, a teorie definitorie il cui utilizzo riveste, come abbiamo detto, una funzione difensiva rispetto alla fatica dell'esposizione dialogica cui ci chiama l'incontro con l'altro.

Un' idea di diagnosi che dimentica come l'interpretazione diagnostica sia sempre una "proposta" costruita all'interno di una relazione, progetto al quale il paziente collabora rendendola in continua trasformazione: un autentico processo bipersonale che consente di restituire all'altro un significato della propria sofferenza, nell'idea fondante che il sintomo non si colloca nell'area della alterazione organica ma rappresenta una via di fuga rispetto ad un conflitto fra natura e cultura.

Una comunicazione simbolica piena di senso che nasce in un contesto esperienziale e relazionale (pensiamo al frequente conflitto fra diritto alla soggettività e bisogno dell'amore dell'altro), un tentativo di salute mal adattivo laddove il paziente è sofferente perché non è consapevole della propria parte nella sofferenza.

Conseguentemente i dispositivi aziendalistici preposti alla **CURA** psicologica volentieri colludono con la verità del paziente che, ancor lontano dal poter cogliere la completezza del suo messaggio sintomatico, identifica la sofferenza con il sintomo.

Tale dinamica non può che condurre ad una relazione d'aiuto in cui paziente e terapeuta si ritrovano, come efficacemente fa notare Diego Napolitani, nelle vesti di avversari ideologici. Io terapeuta faccio prevalere la mia norma, il mio credo alla tua norma, al tuo credo...o con le buone e con le cattive (elettr shock, farmaci annichilenti, la violenza e la privazione della libertà quali forme di terapia...cfr tox). Il

paziente dice: “non mettermi in discussione, toglimi solo le conseguenze, i sintomi che mi fanno male” ed i terapeuti, conseguentemente, si adattano all’economia delle nostre aziende per sviluppare pratiche che mettono al centro una visione del paziente quale aggregato modulare, attraverso più o meno sofisticate pratiche di negazione del diritto alla soggettività.

E se ai farmaci ed allo strumentario tecnico introduciamo la parola come strumento terapeutico l’azienda reclama immediatamente la necessità di meccanismi operativi quali automatismi sintetici che portino ad azioni predefinite, dove l’importante è che tutto sia procedurato, oggettivato, misurabile.

Tale necessità aziendale si ripresenta anche relativamente alla questione di quali siano i **FATTORI DECISIVI** in una psicoterapia, le ragioni per cui questo particolare tipo di cura funziona e (spesso) risulta così efficace. Assistiamo, infatti, in tale ambito alla contrapposizione fra un criterio di valutazione d’efficacia basato sulle prove e sulla standardizzazione dei dati, ed un criterio di valutazione che non può ignorare come ogni storia terapeutica che conduca il paziente ad un’inedita consapevolezza di sé combina tra loro, in modo ogni volta originale ed irripetibile, diversi e mutevoli fattori di efficacia.

Quella contrapposizione che vede da una parte i fattori di un concetto di cura basato sul **deficit** e che ravvisano nella trasmissione unidirezionale della diagnosi medica la modalità prevalente per entrare in contatto con il paziente e, dall’altra, gli interpreti di una cura basata sul **transfert**, sull’attenzione cioè a quel fondamentale fattore di efficacia terapeutica rappresentato da una positiva e distesa atmosfera relazionale che deve precedere ogni preoccupazione diagnostica e metodologica.

I primi impegnati nell’insaturabile ricerca di sequenze definitorie capaci di garantire un perfetto sistema in grado di governare e codificare ogni momento della cura, paladini di un’idea di formazione intesa quale addestramento classificatorio, dove la

competenza ed il sapere sull'altro divengono preminenti fino a negare importanza al sapere ed alla competenza di sé nella relazione con l'altro.

I secondi convinti che ogni interpretazione, ogni pensiero sulla cura siano frutto di una relazione, animata e vivificata dall'incontro fra la soggettività del paziente e la soggettività del terapeuta, fuori dalla quale rimarrebbero delle aride osservazioni e priverebbero il paziente della sua unicità e della sua libertà di poter essere anche diverso dal suo ritratto psicologico, ritratto che può essere rappresentato attraverso diversi "oggetti scientifici" a seconda dei vari metodi diagnostici mentre il paziente rimane sempre lo stesso nella sua unicità

Terapeuti che non dimenticano quindi che le diverse teorie e indicazioni tecniche individuano diversi "punti di vista", deboli tracce di non verità che possono aiutarci ad entrare in contatto con il mondo interno del paziente, ma che non possono mai essere concepite quali "verità scientifiche" sul paziente.

Non sorprende, quindi, come gli assertori di una concezione mono-personale della diagnosi e della cura trascinino questo vizio epistemologico anche dentro il tema della valutazione fino ad affermare che l'opinione del paziente non può essere assunta quale indicatore d'esito perché, come riferisce Fonagy (2002), "se si utilizzasse tale criterio molti trattamenti ritenuti inefficaci o addirittura nocivi (ad esempio l'utilizzo di droghe come la nicotina per contrastare l'ansia) potrebbero trovare applicazione"

Diversamente, chi si muove relazionalmente in un'ottica bi-personale, sperimenta come paziente e terapeuta co-generano un campo dove il reciproco ascoltarsi apre nuovi e cangianti orizzonti conoscitivi. Un campo in cui le comunicazioni del paziente fatte di narrazioni, di personaggi, di ricordi, di sogni ed emozioni mettono in scena, al di là del piano manifesto, lo stato mentale del paziente diventando, se sapute ascoltare, preziose tracce per accostarci al suo mondo interno e dirci continuamente

come e dove siamo per lui. Dove l'esperienza umana di due soggetti che si incontrano, seppur in modo asimmetrico, diventa il focus dell'esperienza analitica.

Se il paziente è quindi il nostro miglior alleato rispetto alla formazione di inediti significati mai pensabili da un solo membro della relazione d'aiuto, perché non può essere un altrettanto valido "supervisore" nel segnalarci degli indicatori d'esito rispetto all'efficacia del nostro lavorare assieme?

Ho pensato di accettare questa sfida partendo dalla pratica analitica, intesa come pratica della relazione e del dialogo, usando il prezioso laboratorio che è la stanza di analisi per dare la parola ai pazienti.

Nel momento del pensionamento, dopo molti anni di attività prevalentemente svolta nel servizio pubblico, ho quindi chiesto ai miei pazienti con più strutturato e condiviso percorso psicoterapico di indicarmi, in forma scritta, quali siano stati a loro parere i fattori terapeutici attivati dalla relazione con la mia persona di terapeuta, utilizzando poi le loro opinioni come tracce su cui costruire dei provvisori indicatori d'esito.

Ne sono scaturite delle storie dei percorsi di cura che, nel loro diverso legarsi ad un comune e nel contempo originale filo rosso, parlano di sofferenze da soggettività negata che ha impedito sostegno e sviluppo all'integrità del sé. Un arresto del percorso formativo dovuto al disconoscimento della propria realtà soggettiva che ha reso conflittuale il confronto con l'amore malato dell'Altro che espone al rischio di abbandono, disconferma, idealizzazione, rifiuto, dismisura, divoramento.

E se penso in particolare al lavoro con il paziente più giovani mi è facile notare come le nuove forme di disagio più ricorrenti prendano forma a seconda dell'epoca storica, e permettano di articolare una riflessione sui possibili rapporti d'influenzamento. Non basta ovviamente questo richiamo al contenitore socio-culturale per spiegare le esperienze di grave rottura nel percorso di crescita: sarebbe semplicistico, deresponsabilizzante e basato su di una insoddisfacente logica lineare di causa ed effetto.

Se infatti è probabilmente vero che la sofferenza giovanile di area patologica esprime in maniera limite una condizione che si estende a tutti i giovani, credo altresì che le diverse intensità percettive di tale sofferenza siano condizionate da fattori di natura psicologica e relazionale che appartengono all'esperienza individuale.

(Se abbiamo il tempo mi piacerebbe analizzare più da vicino questo rapporto fra "contenitore primario" e "contenitore sociale" nella genesi della psicopatologia in riferimento a due aree del mio lavoro clinico quali quella del disordinato e pesante abuso di sostanze e quella del più recente emergere di una crescente sofferenza da panico più o meno generalizzato.)

Nelle risposte dei pazienti, accanto a più specifiche funzioni della cura, emerge la centralità, che potremmo assumere ad essenziale indicatore d'esito, della capacità della relazione terapeutica di funzionare quale contenitore mentale ed affettivo, come specchio in cui trovare riconoscimento, significato e diritto alla propria soggettività.

Risposte che rimandano ad un indicatore d'esito che è prima etico che tecnico e che con Zoja (2011) potremmo ascrivere alla risposta che saremmo in grado dare all'imperativo morale kantiano "l'Altro essere umano va trattato sempre come fine e mai come mezzo".

3

Ma questo apre anche ad un altro indicatore d'esito di cui deve farsi carico il terapeuta in prima persona: il saper sufficientemente distinguere fra ciò che viene dal proprio personale bagaglio di sofferenza (la sua famiglia interna, la sua storia di figlio) e ciò che proviene e deriva dalle proiezioni del paziente (ciò che il paziente mette in lui).

Significa quindi assumersi il dovere di una costante cura del proprio corpo emotivo per essere capaci di una sufficiente conoscenza degli elementi controtransferali, potendo quindi distinguere quanto le nostre emozioni di terapeuti siano indotte dal paziente e quanto invece riverberino parte nostre non elaborate che tendono ad

alterare la nostra capacità di ascolto e relazione, negando al paziente il diritto di essere fine e non mezzo.

Non mi riferisco solo agli abusi più clamorosi quali l'oltrepassare i più ragionevoli limiti dell'intimità, ma anche alla più ordinaria tentazione all'onnipotenza terapeutica quale gratificazione di bisogni personali, ai piccoli peccati di narcisismo invogliati dal bisogno di sentirci utili e capaci e che possono indurci ad anteporre il nostro bene al bene del paziente.

Quello convocato dal giudizio dei pazienti è un terapeuta appassionato, vivo, che crede sempre: nella vita, nella passione, nell'onestà e che resta tale indipendentemente dai risultati del proprio paziente coniugando così, nel migliore dei modi, etica e libertà.

Indicazioni bibliografiche

Al di là delle intenzioni. Etica e analisi, di Luigi Zoja ,Bollati Boringhieri, 2011

Stupore e dialettica, di Pavel A. Florenskij, Quodlibet, 2011