

Restituire la conoscenza: il sottile confine che unisce paziente e terapeuta nella sfida per la salute mentale

Giving back knowledge: the thin boundary connecting patient and therapist in the challenge towards mental health

Alessandra Prosperì*

Giving back knowledge has to do with the quality of the psychotherapist in proposing an integration of content and process of the therapeutic relationship, where the psychotherapist has the ability of giving back to the patient an experience of recognition through a dyadic relationship. This intersubjective experience supports the knowledge and development of intersubjectivity of the patient.

Intersubjectivity refers to the acquisition of the patient's ability to see himself as seen by the other without a risk of dissociation related to the patient's own perception. Therefore, only with this new intersubjective relationship a patient can go through a transformative experience of healing through cure.

The path to knowledge is fundamental the expression of co-construction in Relational Transactional Analysis. In co-construction, the patient-therapist relationship evolves as a set of interactive micromodels, in each actual -moment of presence within each single subjective level. Therefore, connecting together moments of presence is the process that leads to the transformative experience of healing.

Keywords: Returning knowledge, integration, intersubjectivity, co-construction.

Restituire la conoscenza attiene alla qualità del terapeuta che, proponendo un'integrazione di contenuti e di processo della relazione terapeutica, sa restituirla al paziente all'interno di un'esperienza relazionale di riconoscimento, che favorisce conoscenza e sviluppo dell'intersoggettività del paziente.

L'intersoggettività fa riferimento all'acquisizione della capacità del paziente di vedere se stesso come viene visto dall'altro senza rischiare una dissociazione rispetto a come considera se

* Psicologa, Psicoterapeuta, Responsabile Dipartimento Età Evolutiva Asl Roma 6, Membro Didatta e Supervisore in Campo Clinico ed Organizzativo TSTA-P

stesso. Solo in questo suo nuovo relazionarsi in modo intersoggettivo, il paziente può vivere l'esperienza trasformativa della malattia in guarigione.

Il percorso verso la conoscenza è proprio l'espressione della co-costruzione nell'Analisi Transazionale Relazionale.

Nella co-costruzione la coppia paziente-terapeuta evolve come insieme di micromodelli interattivi, nei singoli momenti-presente di ciascun livello soggettivo. E proprio i momenti-presente, legati insieme, costituiscono il procedere insieme che porta all'esperienza trasformativa della guarigione.

Parole chiave: Restituire la conoscenza, integrazione, intersoggettività, co-costruzione.

1. Obiettivo e assunti teorici di riferimento

L'obiettivo, che ha attraversato e sostiene questo lavoro sul tema del restituire la conoscenza, all'interno della relazione terapeutica, come sfida per la salute mentale, è quello di istituire una riflessione comune sull'idea di malattia e guarigione all'interno della soggettività, in cui avviene per il paziente questo specifico ed unico passaggio trasformativo. In questo senso malattia si trasforma in guarigione attraverso la restituzione di conoscenza, che può avvenire attraverso la figura psicoterapeutica nell'esperienza della relazione terapeutica.

Ci sembra interessante focalizzarci ed esplorare il tema e la valenza del confine, come elemento di passaggio e contatto nella relazione terapeutica tra paziente e terapeuta e come elemento all'interno del quale leggere sfumature di passaggio di processi che possano connotarsi come intervento di recovery, riabilitazione e guarigione.

Il tema apre sicuramente, in un'ottica sistemico-complessa, ad un necessario rimando alla dimensione dell'integrazione, che evidentemente rimanda ad un tema di contaminazione e contatto sia rispetto ad un ambito più pragmatico, sia rispetto ad un ambito processuale, all'interno dell'esperienza relazionale terapeutica.

Probabilmente apriamo una riflessione sulla necessità di trovare uno spazio di confine, in cui possano incontrarsi vecchio e nuovo, ambiente e tecnologia, individualità e responsabilità, sé e altro.

La riflessione rimanda inevitabilmente al tema dell'integrazione, così come descritta, proprio all'interno del lavoro terapeutico, ovvero come utilizzare la contaminazione tra vecchio e nuovo, ambiente e tecnologia, individualità e responsabilità, sé e altro, restituendola all'altro, nell'esperienza relazionale condivisa, all'interno della relazione terapeutica.

Vorrei inoltre condividere la scelta dell'utilizzo del termine *conoscenza*, rispetto alla finalità terapeutica del restituire conoscenza al paziente appunto. E per farlo propongo una riflessione su cosa motivi le persone a venire in terapia. Sicuramente possiamo condividere, in questa sede, che fondamentalmente, principalmente e semplicemente, le persone si rivolgono a noi perché vogliono stare bene.

Magari si sentono bloccati sul lavoro, bloccati in una relazione sentimentale, dormono male, non riescono a decidere e in alcuni casi provano, come ultima soluzione, a rivolgere a noi la loro richiesta d'aiuto o, alle volte, si rivolgono a noi perché magari un amico ha consigliato loro di rivolgersi ad uno specialista della salute mentale.

La nostra funzione, in qualità di terapeuti, è proprio il nostro sforzo di creare una diade che permetta ad entrambi i partner di creare uno spazio sicuro ed essere liberi di comunicare. Il paziente può avere bisogno, infatti, proprio di capire cosa stia capitando nella sua vita, di conoscere sé.

La mente del paziente ha bisogno di crescere e quindi di conoscere appunto. E alla luce delle considerazioni condivise, restituire la conoscenza, nella mia proposta all'interno di questo contributo e per come lo intendo nel mio lavoro di terapeuta, significa favorire l'intersoggettività al paziente.

E proprio quando si è in grado di vedere sé stessi nel modo in cui gli altri ci vedono, senza dissociarsi dall'esperienza di come si considera se stessi, ci si sta relazionando in maniera intersoggettiva.

Daniel Stern, a partire dagli studi sull'*Infant Research*, scrive come la psiche umana si costruisca e si consolidi grazie ad una circolazione intersoggettiva tra sé e l'altro. La mente trova il suo nutrimento e la sua possibilità di sviluppo nella relazione con l'altro: non vi è mente senza continua interazione con l'altro (Stern, 1987).

Pensiamo solo per un attimo a quanto l'esperienza pandemica abbia prodotto un mutamento dentro di noi, in termini di rappresentazione sociale di noi stessi rispetto all'altro o meglio rispetto alla sua assenza di relazione con noi.

Il percorso che porta alla conoscenza richiede una co-costruzione, pensiamo agli studi dell'AT relazionale della Hargaden e Sills (Sills, Hargaden 2013).

Il processo terapeutico del procedere insieme, in qualche modo del co-procedere, è simile al processo del procedere insieme della diade genitore- bambino. La forma è diversa.

L'uno è principalmente verbale mentre l'altro non è verbale ma le sottostanti funzioni del procedere insieme hanno molto in comune.

Il procedere insieme, connotato in senso terapeutico, coinvolge il movimento verso gli scopi della terapia, siano essi definiti in modo implicito o esplicito dai partecipanti.

Paziente e terapeuta lavorano per definire l'ambiente intersoggettivo, procedendo insieme.

Sappiamo, con Stern, che il procedere insieme è un processo che a livello soggettivo è diviso in momenti di qualità e funzione diversa che lui stesso chiama momenti-presente. La durata di un momento-presente è di solito breve, poiché, in quanto unità soggettiva, corrisponde al tempo necessario ad afferrare il senso di ciò che sta accadendo qui ed ora, tra di noi. Può durare da micro-secondi a molti secondi.

È costruito su intenzioni e desideri e sulla loro messa in atto, che traccia una drammatica linea di tensione quando ci si approssima ad uno scopo (Stern, 1995).

La coppia paziente-terapeuta evolve come insieme di micro-modelli interattivi in cui i passi della sequenza includono gli errori, le fratture e gli aggiustamenti (Lachmanne, Beebe, 1996; Tronick, 1989).

Queste sequenze ricorrenti hanno connessioni col noto non pensabile (Bollas,1987) del paziente, o secondo Stolorow e Atwood, con il suo inconscio pre-riflessivo (Stolorow, Atwood 1992).

Essi sono le parti costitutive dei modelli operativi di Bowlby e della maggior parte delle internalizzazioni. Non sono consapevoli, ma sono distinti, a livello intrapsichico, dal materiale rimosso.

Possiamo dire che i momenti-presenti, legati insieme, costituiscono il processo del procedere insieme.

Ma sia le unità, che i momenti presenti e la direzione di questo procedere insieme, avvengono in una cornice che è familiare e caratteristica per ciascuna diade. Ci stiamo riferendo alla possibilità della co-costruzione unica della relazione e al suo valore rispetto a ciò che emozionalmente e relazionalmente avviene nell'hic et nunc dell'esperienza relazionale terapeutica appunto.

2. Il caso clinico: rappresentazione dei concetti teorici nella pratica clinica

Vorrei condividere il caso di Antonio come caso esemplificativo, attraverso il quale proporre la messa in atto e la riflessione operativa relativamente ai costrutti teorici indicati precedentemente.

Antonio è un uomo di 64 anni, medico, sposato con due figli.

Arriva da me dopo essere stato seguito da uno psichiatra di Tor Vergata, che gli aveva diagnosticato un disturbo bipolare, per il quale gli aveva somministrato per diversi anni una sostanziale terapia farmacologica a base di ansiolitici e antidepressivi.

Antonio beve da diversi anni, lo fa per non sentire il dolore, dice di non riuscire a farne a meno per affrontare il lavoro, le responsabilità e le angosce.

Scoprirò solo in seguito che Antonio ha vissuto due grossi traumi. Ha perso il padre che è morto di infarto e ha perso suo figlio di 20 anni in un incidente stradale.

Quando lo vedo per la prima volta, parlo con lui, lo ascolto e la prima reazione dentro di me è di spavento, mi dico di non essere la persona giusta per lui (solo in seguito capirò quanto il mio passato interferiva con questa scelta) e gli do tutte le informazioni necessarie per l'invio altrove.

Antonio non ne comprende le ragioni, mi dice che si è trovato bene in questa seduta, ma io non riesco a spostare la mia decisione, rimango ferma sulle mie emozioni e sulle risonanze relazionali in quel primo incontro con Antonio. Dunque, lo congedo.

La settimana successiva mi richiama, mi dice che non si è trovato bene e chiede di essere seguito da me in terapia.

Antonio aveva scelto me ed io, a quel punto, nel rinnovo della sua specifica richiesta di aiuto a me, ho deciso di lavorare con lui e gli restituisco che può essere il mio paziente.

Essendo in piena pandemia, dopo le prime sedute in presenza, dal mese di marzo 2020, siamo costretti a continuare il nostro percorso, vedendoci on line per due volte alla settimana. La nostra relazione terapeutica vive nella trasfor-

mazione e nell'inevitabile integrazione tra nuovo e vecchio, tra presenza e dimensione remota online.

Per aiutare Antonio avevo bisogno ancora di integrare informazioni su di lui e ho contattato lo psichiatra che lo aveva seguito fino a quel momento. Lo psichiatra mi ha riferito la sua convinzione che sarebbe stato del tutto inutile ed inefficace aiutare Antonio senza l'ausilio farmacologico.

Ma io avevo una sensazione ed una certezza: investire sulla relazione terapeutica e provare a co-costruire il nostro progetto terapeutico, senza un vincolo preconstituito ed imprescindibile: il supporto farmacologico, come esclusivo supporto funzionale ed efficace.

Ho proposto ad Antonio di provare a rivolgersi al mio psichiatra di fiducia proprio nel tentativo di un piano di intervento integrato e nuovo, esclusivo, ancora da costruire per e con Antonio.

A luglio del 2020 Antonio ha interrotto completamente il consumo di alcool.

Cosa ha permesso l'interruzione del comportamento disfunzionale, probabilmente non più egosintonico per Antonio?

Ebbene Antonio ha potuto tollerare che, in terapia, avvenisse l'inizio di un processo di riflessione sulla sua esperienza interna. Ha iniziato a poter sperimentare la sua mente nell'altro e la possibilità al contempo di essere tenuto nella mente dell'altro.

In altre parole, possiamo vedere come, attraverso una relazione di attaccamento, sia stato possibile assicurare la continuità del sé.

La terapia procede regolarmente e Antonio porta in seduta contenuti che risalgono al suo attaccamento alla madre, al suo rapporto con la sorella, al grande vuoto che la perdita del figlio ha lasciato e al suo arrendersi alla disperazione. Temi che oggi si colorano di commozione, di dolore condiviso e conoscenza.

Quindi avviene che non solo il ripensare momenti difficili, finanche drammatici sia possibile ma viverli, a questo punto, con una nuova emozione contestuale diventa esperienza inevitabile e curativa.

Ripensando in termini teorici l'esperienza evolutiva di Antonio nella relazione terapeutica, ci viene in supporto, in termini esplicativi, la validazione di conferme empiriche delle neuroscienze rispetto ad uno degli assunti di base della psicoterapia sistemica: l'importanza e la funzione insostituibile della relazione. E, a questo punto, possiamo facilmente comprendere, condividere e vedere, anche nel caso pratico di Antonio, quanto non solo l'attività mentale di base ma anche il nascere stesso della coscienza necessitino di una trama di relazioni.

Come afferma Damasio, la coscienza inizia quando il cervello acquisisce il potere di raccontare una storia senza parole, che si svolge entro i confini del corpo, la storia della vita che scandisce il tempo e degli stati dell'organismo vivente, stati che vengono continuamente alterati dall'incontro con oggetti ed eventi dell'ambiente (Damasio, 2000).

E per quanto attiene al versante della psicologia dello sviluppo, Daniel Stern è ancora più deciso nel sottolineare la dimensione relazionale dei processi mentali. Sappiamo qualcosa sulla mente umana solo quando interagiamo, perché essa non esiste se non interagiamo. (Stern, 2006).

Antonio ha perso il suo primo figlio, morto all'età di 20 anni in un incidente stradale.

Elaborare un contenuto del genere ha comportato un paziente lavoro di riattivazione dei processi di metabolizzazione dell'esperienza e dei vissuti che essa ha generato.

Durante il lavoro si è proceduto alla ricostruzione dei nessi cognitivi ed emotivi tra esperienza, significati a essa attribuiti e reazioni emotive e somatiche.

Anche in questo si può rilevare una necessaria attivazione del lavoro su più fronti contemporaneamente, in una sorta di integrazione ed intreccio tra un livello cognitivo, un livello sensoriale ed un livello emotivo.

Un tema che Antonio ha frequentemente portato in seduta è stato il profondo senso di colpa verso la moglie di fronte alle sue trasgressioni sessuali. Rapporti sessuali fugaci, consumati tra le corsie dell'ospedale senza nessun tipo di coinvolgimento emotivo. Una sorta di trasgressione legata al mero desiderio della tresca, per provare ebbrezza e per il mero desiderio di trasgredire.

Ed è proprio in seguito alla scoperta della moglie di una di queste esperienze di tradimento che Antonio si è sentito come paralizzato all'idea di essere abbandonato da lei e proprio per questo ha chiesto aiuto.

Questo vissuto del tema dell'abbandono riporta Antonio ad una esperienza infantile di attaccamento con la madre di estrema insicurezza.

Sappiamo che, dal punto di vista della teoria dell'attaccamento, il sesso non è mai una funzione biologica impersonale, creata per il piacere o per la procreazione. Le relazioni sessuali possiedono sempre un significato relazionale, anche quando si tratta di un significato più implicito che esplicito (Birnbau, Reis, Mikulincer, 2006).

Sono d'accordo con Schore nel sottolineare il duplice ruolo dell'analista come regolatore psico-biologico e co-partecipante e nel sottolineare, inoltre, come questa duplicità funzionale sia particolarmente vitale in momenti carichi affettivamente (Schore, 2003).

Parliamo dunque dell'essere con il paziente in un modo tale che rende entrambi disponibili a trafficare con la familiarità delle proprie strutture caratteriali, conquistate faticosamente, per ricevere dei profitti, che potrebbero realizzarsi o no, ovvero poter sperimentare completamente se stessi, indipendentemente da eventuali ritorni vantaggiosi imprevedibili.

Questo è il senso della co-costruzione della relazione, a prescindere da meccanismi volti ad una qualche forma di gratificazione attesa.

Si può immaginare che la radice profonda della possibilità di agire e sperimentare questa sicurezza sia proprio la relazionalità umana.

3. Considerazioni conclusive

Credo che possa essere importante concludere circolarmente il mio lavoro, ovvero, dopo aver percorso un'esplorazione teorica e raccontato praticamente come la stessa possa tradursi in esperienza clinica di guarigione, ritornerei proprio al titolo che ho scelto di attribuire al lavoro: restituire la conoscenza.

Possiamo realmente aiutare chi soffre sintonizzandoci sulla sua sofferenza, quando siamo in grado di mentalizzare e di sperimentare la nostra mente nell'altro, indipendentemente dal fatto che ciò possa risultare bello, piacevole, sgradevole, odioso o sconcertante.

Antonio è guarito perché si è sentito tenuto nella mia mente e, stabilendosi tra noi un legame di attaccamento, si è potuto assicurare la continuità del sé.

Si racconta che alla morte di un maestro indiano, il mendicante che chiedeva l'elemosina al suo cancello scoppiasse a piangere, pur non avendolo mai sentito insegnare. E quando uno dei discepoli del maestro gli chiese come mai lo amasse tanto, il mendicante rispose: "è che lui era triste quando ero triste e contento quando ero contento" (Hesse, 1985).

Bibliografia

- Beebe B., Lachmann F. M. (2003). *Infant Research e trattamento degli adulti. Un modello sistemico-diadico delle interazioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Beebe B., Lachmann F. M. (2015). *Le origini dell'attaccamento. Infant research e trattamento degli adulti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Berne E. (1970). *Analisi transazionale e psicoterapia. Un sistema di psichiatria sociale e individuale*. Roma: Astrolabio.
- Berne E. (1992). *Intuizione e stati dell'io*. Roma: Astrolabio.
- Birnbaum G. E., Reis H. T., Mikulincer M., Gillath O., Orpaz A. (2006). When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, XCI, 5, 929-943.
- Bollas C. (2009). *Il mondo dell'oggetto evocativo*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bollas C. (2018). *L'ombra dell'oggetto. Psicoanalisi del conosciuto non pensato*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bollas C. (2020). *Essere un carattere*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bowlby J. (1984). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bowlby J. (1996). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Bowlby J. (1999). *Attaccamento e perdita. Vol. 1: attaccamento alla madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby J. (2000). *Attaccamento e perdita. Vol. 2: separazione dalla madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby J. (2000). *Attaccamento e perdita. Vol. 1: la perdita della madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- D'Avonzo B., Maone A. (2015). *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Damasio A. R. (1995). *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi.
- Damasio A. R. (2000). *Emozione e coscienza*. Milano: Adelphi.
- Damasio A. R. (2012). *Il sé viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente*. Milano: Adelphi.
- Fisher J. (2017) *Guarire la frammentazione del sé*. Milano: Raffaello Cortina.
- Hesse H. (1985). *Siddharta*. Milano: Adelphi.
- Jurist L. E. (2018). *Tenere a mente le emozioni. La mentalizzazione in Psicoterapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Novellino M. (2012). *L'Approccio clinico all'Analisi Transazionale. Epistemologia, metodologia e psicopatologia clinica*. Milano: Franco Angeli.
- Schore A. N. (2008). *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*. Roma: Astrolabio.
- Schore A. N. (2010). *I disturbi del sé. La disregolazione degli affetti*. Roma: Astrolabio.
- Siegel D. J. (2021). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.

- Sills C., Hargarden H. (2013). *Analisi Transazionale: una prospettiva relazionale*. Torino: Ananke.
- Stern D.N. (1987). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Stern D.N. (1998). *Le interazioni madre-bambino nello sviluppo e nella clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stern D.N. (2005). *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Milano: Raffaello Cortina.
- Stolorof R.D., Brandchaft B., Atwood G. E. (1999). *Psicopatologia intersoggettiva*. Urbino: QuattroVenti.
- Stolorow R. D., Atwood G. E. (1995). *I contesti dell'essere. Le basi intersoggettive della vita psichica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Stolorow R. D., Atwood G. E. (2001). *Volti nelle nuvole. Intersoggettività nella teoria della personalità*. Roma: Borla.
- Tronick E. (2008). *Regolazione emotiva. Nello sviluppo e nel processo terapeutico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Tronick E., Gold C. M. (2021). *Il potere della discordia. Perché il conflitto rafforza le relazioni*. Milano: Raffaello Cortina.
- Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S., Steele K. (2006). *Fantasmî nel sè*. Milano: Raffaello Cortina.