

# Corpo e desiderio: la parola che cura

Stefano Guarinelli\*

## Un problema di comunicazione?

Inizio da un tema che in apparenza non c'entra nulla con quanto è annunciato nel titolo. Vorrei parlare di prediche. Al giorno d'oggi, quando si usa l'espressione «fare la predica», la ricaduta nel senso comune è di tipo vagamente moralistico, se va bene. Se va meno bene, invece, evoca qualcosa di pesante, di noioso, di già detto e ridetto. Sarà soltanto un'impressione la mia, eppure, dall'esperienza personale ricavo che la caratteristica di una predica che riscuote il maggiore consenso è la sua... brevità! A pensarci bene, ci sarebbe davvero poco di che stare allegri.

Nella Chiesa, soprattutto in anni recenti, consapevoli di questo stato di cose, si è deciso di intervenire a livello formativo, nel *curriculum* scolastico di coloro che si preparano a diventare preti, inserendo corsi specifici che, fra le altre cose, non ignorano alcuni temi maggiori della comunicazione. Essere a conoscenza di alcune fra le molte «tecniche» della comunicazione umana può essere utile e opportuno. Ad esempio: sapere dei cambiamenti occorsi nei processi di pensiero e di apprendimento soprattutto nelle giovani generazioni, anche a motivo della cultura della rete, non è questione trascurabile.

\* Psicologo e psicoterapeuta, docente di psicologia pastorale presso il Seminario Arcivescovile di Milano e l'Università Pontificia Salesiana di Torino; di psicologia generale presso l'Istituto Superiore di Scienze Religiose di Milano; di psicologia evolutiva presso la Escuela de Formadores di Salamanca (Spagna).

Allo stesso tempo, però, mi sentirei di sollevare almeno un dubbio: è veramente questo il cuore del problema? In altre parole: quello della predicazione cristiana, oggi, è un problema che riguarda primariamente le *forme* della comunicazione? Se così fosse, infatti, una pista di soluzione andrebbe nella direzione di una migliore formazione rispetto ai modi della comunicazione omiletica. Personalmente non sono convinto di una tale, eventuale, posizione. E ritengo, invece, che la radice sia primariamente di tipo antropologico e teologico, e solo secondariamente di tipo comunicativo.

### Annuncio e cura

Seppure in una presentazione che non può che essere succinta, vorrei evidenziare un dato evangelico che mi pare di grande rilievo e che – direi perfino: curiosamente – nel corso della storia del cristianesimo è andato via via perdendosi. Nella testimonianza dei vangeli e, in modo particolare, nel mandato che Gesù assegna ai discepoli, l’annuncio e la cura sono quasi sempre presentati insieme: «Strada facendo, predicate, dicendo che il regno dei cieli è vicino. Guarite gli infermi, risuscitate i morti, purificate i lebbrosi, scacciate i demoni»<sup>1</sup>. Insomma: predicate e curate. Ora, dal modo in cui i vangeli accostano le due esperienze a me pare che realmente si possa dire che predicare e curare sono come i due poli di un’unica affermazione, che è la Buona Notizia, appunto.

Nella celebrazione liturgica, invece, è difficile che la predicazione sia associata alla cura. Anzi: c’è caso che la predicazione, appunto, giunga a sfinire gli ascoltatori, assomigliando piuttosto a una «tortura della parola»; allo stesso tempo può accadere che la cura, nella celebrazione, sia relegata alle preghiere di guarigione che – sia chiaro – è questione seria e da non liquidare in poche righe e che però non appartiene all’esperienza ordinaria del rapporto con l’annuncio e, anzi, ha in sé piuttosto caratteristiche di straordinarietà che sconfinano nel miracolo. Tutto ciò non è privo di valore, ma, stando alla lettera evangelica, non sembra riprodurre quella simmetria tra predicazione e cura.

<sup>1</sup> Mt 10,7-8a.

## La scoperta del potere terapeutico delle narrazioni

Partirei da qui perché, realmente, mi pare che questo tema offra prospettive molto importanti e interessanti, che possono interpellare sia il credente, sia il non credente.

Per procedere oltre, però, mi serve una piccola rievocazione personale.

Il mio percorso di studi, soprattutto per quanto rifluisce nella pratica psicoterapeutica, mi colloca nell'alveo della psicologia del profondo, dapprima come tirocinante presso il Centro di Consulazione della Pontificia Università Gregoriana di Roma, e poi come allievo della Scuola Adleriana di Psicoterapia di Torino. Ritengo che una buona base teorica sia di fondamentale importanza, in modo particolare proprio nella psicologia clinica e, anzi, nei primi anni di lavoro come psicoterapeuta, considero temerario un eccesso di piglio creativo. Nei primi tempi è meglio essere un pizzico fondamentalisti e attenersi alle indicazioni di tecnica terapeutica derivanti dalla teoria sottostante. Allo stesso tempo, però, occorre riconoscere che al centro sta *sempre* – né dovrebbe essere diversamente – la persona incontrata nel colloquio terapeutico.

Sembra affermazione ovvia, dunque perfino inutile; invece credo non lo sia. Detto in altre parole: la deriva di quel necessario «fondamentalismo» iniziale è quella di giungere ad asservire il paziente alla propria teoria, quasi a «salvare» la seconda e non il primo.

Insomma: nel corso della pratica clinica accade – prima o poi, ma accade... – che ad un certo punto ci si renda conto di quanto i propri riferimenti teorici, di fronte ad un caso, forse a due, magari a tre... inizino a mostrare la propria inadeguatezza. Il paziente è *intrattabile*, oppure c'è il caso che ad avere bisogno di «trattamento» siano i propri modelli di patologia e di cura?

Ciò premesso, aggiungerei pure – giacché lo considero doveroso – che la risposta alla opportunità di rivedere quanto meno i propri riferimenti teorici e clinici, non può e non deve procedere seguendo la logica «da supermercato». In altre parole: se questo approccio non funziona... tentiamo con quest'altro, prelevato quasi a caso dallo scaffale degli approcci «in offerta». Il riesame diagnostico; l'attenzione verso nuovi particolari, del paziente, ma pure dell'interazione con il terapeuta; la conoscenza previa di altri riferimenti teorici, seppure

fino a quel momento superficiale; ecc.; non si trasformano in una selezione casuale della strategia da adottare, ma, piuttosto, guidano la scelta in modo critico.

Nel mio caso, il confronto con altri, un po' di prudenza ma anche altrettanta fortuna, mi permisero a suo tempo di conoscere la riflessione di Milton Erickson<sup>2</sup> e, da lì in poi, l'approfondimento di tutto quel capitolo straordinario – per la psicologia, per la filosofia, ma credo pure per la teologia – che ruota attorno alla questione della metafora e simmetricamente della terapia come narrazione e della natura narrativa dell'identità personale, stimolato, in ciò, dall'opera di Paul Ricoeur<sup>3</sup>.

### Metafora e tessitura narrativa

Sintetizzerei in una brevissima frase le numerose acquisizioni di quell'incontro: la metafora cura. E l'affermazione è da intendere in un senso «forte»: la metafora guarisce.

Non si tratta di un'iperbole, nemmeno di un'evocazione o di una semplice immagine. Parlo di *guarigione* in senso letterale e rispetto a tutti gli ambiti dell'umano a cui il termine può essere riferito: fisico, psichico, psicofisico, spirituale.

A questo punto sarebbe legittima una perplessità o, quanto meno, una domanda: in che modo la metafora guarisce? In analogia con la personalità, la cui organizzazione dinamica intreccia i suoi diversi tratti – di cui ciò che identifichiamo con *psicopatologia* rappresenta la difficoltosa o addirittura impossibile connessione di una o più porzioni –, la metafora si offre come racconto provvisorio che nella sua peculiarità (rispetto a *quella* singola persona, ma pure rispetto al *qui-ed-ora* di quella singola persona), rende concreto, visibile, perfino affettivamente coinvolgente, un intreccio diverso, ove ciò che prima non era integrato, ora lo è. In altre parole: se la patologia (più o meno grave) si presenta nella forma di una de-tessitura, la metafora è la ri-tessitura.

<sup>2</sup> Cf ad esempio, M.H. Erickson, *La mia voce ti accompagnerà*, Astrolabio, Roma 1983; P. Watzlawick, *Il contributo di Erickson alla prospettiva internazionale della psicoterapia*, in Id., *Guardarsi dentro rende ciechi*, Ponte alle Grazie, Milano 2007, pp. 185-194.

<sup>3</sup> Cf ad esempio: P. Ricoeur, *Sé come un altro*, Jaca Book, Milano 2016; Id., *La metafora viva*, Jaca Book, Milano 2010<sup>5</sup>.

Certo la metafora ritesse ricorrendo a un genere simbolico che non è, nella lettera, il vissuto del paziente. Precisamente qui, tuttavia, sta uno dei suoi elementi potenzialmente terapeutici: il paziente non è chiamato soltanto o soprattutto a «capire» il senso del racconto metaforico, ma di posizionarsi rispetto ad esso. Il posizionamento rispetto a qualcosa che allo stesso tempo «è, e non è» il *textus* del paziente, tiene a bada tutte le eventuali strategie difensive che potrebbero attivarsi di fronte ad una aggressione diretta del sintomo o dei sintomi. Inoltre sollecita il potenziale creativo del paziente che, come in un gioco, rispetto alla realtà, muove un passo abilitando una risorsa che, a quel punto, una volta disponibile, può estendersi a livelli maggiormente complessi e maggiormente reali.

### **La funzione metaforica (non esemplificativa, né semplificativa) della parabola evangelica**

Da ciò potrebbe cogliersi la relazione stretta fra predicazione e cura in senso evangelico. Il ricorso frequente di Gesù alla parabola non è da intendersi nel senso di una migliore comprensione dell'annuncio. Alla richiesta dei discepoli, Gesù stesso risponde esplicitando quale sia l'obiettivo del ricorso alla parabola: «Quando poi furono da soli, quelli che erano intorno a lui insieme ai Dodici lo interrogavano sulle parabole. Ed egli diceva loro: "A voi è stato dato il mistero del regno di Dio; per quelli che sono fuori invece tutto avviene in parabole, affinché guardino, sì, ma non vedano, ascoltino, sì, ma non comprendano, perché non si convertano e venga loro perdonato"»<sup>4</sup>. E quella sua risposta, tutt'altro che semplice, segnala, a mio parere, nella forma e nella sostanza, la funzione non primariamente esemplificativa della parabola ma metaforica, appunto, nell'accezione introdotta in questo contributo.

### **La produzione metaforica come evento intersoggettivo**

Certo, stando a quanto riportato ora in modo succinto, verrebbe fatto di pensare che se al paziente racconto una storia... c'è caso che

<sup>4</sup> Mc 4,10-12.

guarisca. E qui – lo riconosco – avremmo la sensazione di essere più nel mondo della fantascienza che della scienza.

Non la faccio facile. Eppure non stiamo parlando di *fiction*.

Piuttosto dovremmo segnalare la presenza necessaria di alcune condizioni senza le quali il ricorso alla metafora non produce gli effetti sperati. Innanzitutto dobbiamo dire che essa non si addice a tutti i pazienti. In questo senso, perciò, il terapeuta deve sapere se e quale approccio metaforico potrà usare e, da ciò, quale sia l'universo simbolico del paziente che ha di fronte. Senza una tale conoscenza, la produzione metaforica potrebbe avvenire, ma non essere realmente terapeutica. Già, perché qui siamo di fronte ad uno degli aspetti della metafora che meriterebbe un grande rilievo, non solo da un punto di vista clinico, ma anche antropologico.

La produzione di ogni singola metafora avviene all'interno del colloquio, ed è un evento co-creato dal paziente e dal terapeuta. Nei fatti, spesso è il terapeuta a proporre la metafora. Da ciò si sarebbe condotti a pensare che l'inventore sia lui. Le cose non stanno del tutto così: la terapia avviene all'interno di una matrice intersoggettiva, nella quale e grazie alla quale in qualche modo è attivato il processo di trasformazione. È vero: «fenomenicamente» è il terapeuta a proporre la metafora. Eppure il processo creativo, a sua volta, è mosso in modo importante dalla capacità che quel terapeuta ha di essere dentro alla matrice intersoggettiva con il proprio paziente. «Essere dentro» significa molte cose, tra le quali, sicuramente essere sintonizzato sul mondo interiore del paziente, ma pure essere a conoscenza del suo repertorio simbolico o, quanto meno, essere in grado di proporre un repertorio simbolico che sia appropriato per quel paziente.

Un approccio differente e all'apparenza perfino sensato, potrebbe essere quello del terapeuta che – magari proprio leggendo i moltissimi esempi riportati sui testi di Erickson – avesse memorizzato un vasto repertorio di metafore pronte all'uso. Non è vietato, sia chiaro. In tal caso, tuttavia, sarebbe consistente il rischio di ricorrere a un prodotto che non è interno alla matrice intersoggettiva paziente-terapeuta. Non è detto che sia inutile; anzi: in alcune situazioni può rivelarsi fruttuoso. Eppure, la metafora confezionata «su misura» (dunque non preconfezionata) è davvero un'altra cosa.

Quel terapeuta che riconosce la presenza di una matrice intersoggettiva e che è presente nel colloquio terapeutico badando di sin-

tonizzarsi (cognitivamente, emotivamente) con il mondo interno del paziente (il quale, a sua volta, potrebbe essere sintonizzato su quello del terapeuta, da cui, a rigore parlare di «mondo interno» già non sarebbe del tutto corretto in una prospettiva intersoggettiva) si accorge con il passare del tempo che la propria creatività metaforica, sia a livello di processo, sia a livello di contenuto, si modifica profondamente nel passaggio da un paziente ad un altro, quasi in modo spontaneo, senza, cioè, che egli debba sostare a *decidere* se e quale universo simbolico utilizzare o quali attenzione avere.

### Estensioni agli spazi della cura

Le considerazioni fatte sin qui appartengono al mondo della psicologia clinica. Sarebbe sbagliato, tuttavia, assegnare alcuni processi evidenziati alla sola comunicazione psicoterapeutica, quasi la psicoterapia sia un che di artificioso, non appartenente alla modalità «normale» di interazione fra le persone. È pur vero, però, che non ogni comunicazione o interazione umana ha uno scopo terapeutico. Eppure, ciò che di «artificioso» si produce nella terapia è più legato ad alcuni parametri presenti in ogni comunicazione interpersonale che, nel caso della sessione terapeutica, vengono intenzionalmente attivati, favoriti, perfino enfatizzati e condotti al raggiungimento di alcuni obiettivi.

Della psicoterapia, dunque, ci interessa quanto essa evidenzia della parola e dell'interazione umana in ogni ambito di cura, compresa la cura del paziente affetto da una patologia fisica. Anche il paziente affetto da una patologia fisica, con ricadute tutt'altro che improbabili rispetto alla propria condizione psichica, può ricevere dalla parola ascoltata e scambiata con chi si occupa di lui, ad ogni livello (medico, infermiere, cappellano, familiari, amici, volontari ospedalieri, ecc.), un contributo importante alla cura, che potrebbe perfino estendersi da un «semplice» rafforzamento o sostegno della parte psichica, fino ad un contributo non secondario per la parte strettamente fisica della patologia, potendo giungere perfino a una riduzione dei sintomi quando non alla loro remissione. A margine, non posso non annotare che un'affermazione del genere già segnalerebbe, di suo, che una parte fisica che sia «strettamente fisica» non può esserci.

Al riguardo, a mio parere, le considerazioni relative alla psicoterapia che ho cercato di far emergere sin qui, evidenziano qualcosa di straordinario per ogni relazione di aiuto alla persona affetta da una patologia: la parola che cura è un evento «creato insieme», dal paziente e da colui che vi si accosta, e non solo da quest'ultimo. È co-creato dalla loro matrice intersoggettiva.

### **La comunicazione della diagnosi al paziente**

In proposito vorrei almeno accennare ad un punto molto delicato nella comunicazione medico-paziente. Si tratta di un tema complesso, anche a motivo delle implicazioni non solo terapeutiche che ha. Si tratta dell'opportunità/non opportunità di una comunicazione diagnostica al paziente. Da un lato, infatti, sembra serio, corretto, perfino doveroso un atteggiamento di trasparenza e di responsabilizzazione del paziente rispetto alle proprie condizioni di salute. Dall'altro, però, non posso fare a meno di evidenziare la possibile deriva iatrogena, patogenetica della comunicazione di una diagnosi. È mia opinione che su questo punto sarebbe opportuno un confronto maggiore, lanciando una sfida: è possibile una comunicazione diagnostica che sia contemporaneamente «trasparente» e «metaforica», cioè vera ma allo stesso tempo potenzialmente terapeutica (dunque non iatrogena e, di più, fattore di cura)? Se valgono le riflessioni condotte sin qui, mentre la sola comunicazione diagnostica è a carico del medico, quella metaforica è a carico dell'interazione medico-paziente. Il che significa che senza una matrice intersoggettiva (ovverosia: senza una significativa relazione fra i due) la comunicazione della diagnosi potrebbe perfino rafforzare la patologia.

Inutile dire che la questione è davvero intricata. Da un lato il medico non potrebbe sottrarsi comunque a quello che è anche un diritto del paziente, di ricevere una lettura, una interpretazione scientifica, fondata, di quanto gli sta accadendo. Dall'altro, però, non si può trascurare il fatto che l'obiettivo finale di una diagnosi non è la consapevolezza del paziente ma, appunto, la sua guarigione.



## Le patologie *borderline* e la possibile inefficacia della parola

Torniamo ancora per un attimo nello spazio della psicologia clinica.

Le patologie che rimandano ad un livello di organizzazione *borderline* della personalità sono assai più diffuse che in un passato nemmeno troppo remoto. Le interpretazioni di un tale stato di cose meriterebbero certo qualche spunto dalla sociologia. Di fatto, da un punto di vista evolutivo, utilizzando come riferimenti teorici quelli della psicologia psicodinamica, la struttura *borderline* della personalità ha le proprie radici in stadi più precoci dello sviluppo, rispetto a quelli che si manifestano nella struttura nevrotica.

La cosa è di grande rilievo proprio rispetto al ruolo che la parola ha nella psicoterapia. Non sto affermando che l'uso della parola non possa «curare» un *borderline*. Certo è, però, che la parola (dunque pure la narrazione, il ricorso alla metafora, ecc.) sembra assai più accessibile per un nevrotico.

Le conseguenze cliniche sono notevoli. Personalmente riscontro una discreta fruibilità della metafora, a patto che si riconosca la sua capacità di andare a intercettare livelli «intermedi» del percorso evolutivo della patologia. Semplificando: la metafora «tesse» non la vulnerabilità, ma altri eventi che la rappresentano (dunque, in sostanza, altre metafore) che il paziente autonomamente ha creato e che sono la verbalizzazione di qualcosa che in se stesso potrebbe essere preverbale o non verbale. Nel caso del trattamento con pazienti nevrotici il passaggio, invece, sembra più diretto.

Rimane il fatto che con pazienti *borderline*, ma pure con persone che per ragioni contingenti (una malattia? Un ricovero ospedaliero prolungato? Ecc.) vivono in una situazione di destrutturazione consistente (stabile o temporanea; incapsulata o pervasiva) della propria personalità, l'accesso al livello più profondo, più vulnerabile, potrebbe non essere verbalizzabile. Ritengo che, comunque sia, la categoria di metafora sia da mantenere – scelta che riconosco opinabile –, ma facendo in modo che la sua accezione sia estesa anche a ciò che è al di là del linguaggio e che fundamentalmente riguarda il corpo e l'interazione (verbale, non verbale, preverbale) con l'altro (nella psicoterapia: il terapeuta; nella situazione di malattia o di ricovero: il medico, l'infermiere, il cappellano, i familiari, i volontari ospedalieri, ecc.).

Autori come Lowen<sup>5</sup> e Downing<sup>6</sup> hanno percorsi interessanti in proposito, ma occorre riconoscere quanto tutto questo esiga una rivisitazione delle modalità del *setting* e, non secondariamente, anche dell'idea stessa di supervisione per il terapeuta. Personalmente mi ritrovo molto nelle posizioni di Bion che è più «ortodosso» rispetto a Lowen e Downing, ma che, così mi pare, può essere riletto nella prospettiva di una sorta di traghettaggio dalla terapia della parola alla terapia del corpo, dalla metafora verbale alla metafora non verbale<sup>7</sup>.

Al solito: rileggerei questi autori, non già per acquisire strumenti tecnici della psicoterapia da estendere, ad esempio, alla relazione medico-paziente o familiare-paziente. Li leggerei piuttosto nella prospettiva di imparare qualcosa di non scontato che appartiene alla situazione del malato e alle molte modalità che possono caratterizzare la sua percezione di sé e degli altri, al di là di ciò che l'intuito o il semplice buon senso sembrerebbero suggerire. Così che sia possibile accostarlo, interagire con lui in modo rispettoso, ma pure terapeutico, a trecentosessanta gradi.

### Importanza e rischi del coinvolgimento

Se la comunicazione metaforica esige, soprattutto per la propria efficacia, un approccio intersoggettivo, le conseguenze anche per il terapeuta sono notevoli. Il suo «essere dentro» quella matrice intersoggettiva, luogo di creazione della metafora, lo rende fattore della cura, ma, inevitabilmente, spazio nel quale dare... spazio al vissuto del paziente. Da ciò si rende quanto mai opportuna, ma perfino necessaria, la figura del supervisore. La parola «detta» può comunicare, ma può altresì nascondere. Un approccio nel quale la parola è metafora – che aggancia dunque livelli possibilmente molto profondi della personalità – esige che il terapeuta sia in grado di valutare in che modo circolano le emozioni nella propria personalità (e non soltanto in quella del paziente). Quelle emozioni agiranno in lui potendo addi-

<sup>5</sup> Cf A. Lowen, *La depressione e il corpo*, Astrolabio, Roma 1980; Id., *Il linguaggio del corpo*, Feltrinelli, Milano 2008<sup>8</sup>; Id., *La voce del corpo*, Astrolabio, Roma 2009.

<sup>6</sup> Cf G. Downing, *Il corpo e la parola*, Astrolabio, Roma 1995.

<sup>7</sup> Cf R. Lombardi, *The body in the analytic session. Focusing on the body-mind link*, in «International Journal of Psychoanalysis», 89 (2008), pp. 89-110; P. Carignani, *Il corpo nella psicoanalisi*, in P. Carignani - F. Romano (a cura di), *Prendere corpo. In dialogo tra corpo e mente in psicoanalisi: teoria e clinica*, Franco Angeli, Milano 2006, pp. 37-72.

rittura diventare veri «centri di potere», quasi «io» alternativi della sua persona. Il terapeuta non può essere ingenuo al punto da ritenere di condurre da solo quel ricircolo all'interno della propria personalità.

Vorrei dire che talora ci fa sadicamente (o cinicamente) sorridere il deragliamento di psicologi o psichiatri. Eppure la cosa è seria e ha una ragione tutt'altro che secondaria. A differenza della farmacoterapia, nella psicoterapia, l'«altro» è fattore della cura non solo catalizzatore della guarigione.

È importantissimo questo. Il terapeuta che usa della metafora nel senso della parabola, usa se stesso. Dunque deve essere in grado di sapere come rifluiscono quelle emozioni non sue, nel proprio tessuto mentale. Se lo sa, il proprio corpo, la propria mente – sia attraverso la creazione di metafore verbali, sia attraverso la creazione di metafore non verbali – sarà spazio potenziale di cura. Altrimenti potrà essere spazio anche di sofferenza, perfino molto grande.