

Rita Mascialino

2012 Marina Miniati e Elena Barsella – *So quel che dico. Appunti sulla cognizione comunicativa nella relazione terapeutica* (a cura di). Livorno: Debatte Otello: Introduzione delle Autrici: Contributi di Alessandro Bani, Eustachio Fontana, Mario M.A. Ghiozzi. PREMIO FRANZ KAFKA ITALIA ® II Edizione 2012, Sezione Saggi, Premio Speciale della Giuria: Recensione di Rita Mascialino.

Il saggio di Marina Miniati e Elena Barsella *So quel che dico – Appunti sulla cognizione comunicativa nella relazione terapeutica* si compone di dodici capitoli a cura delle due Autrici e di tre contributi a nome di Alessandro Bani, Eustachio Fontana e Mario M.A. Ghiozzi.

La caratteristica precipua di questa ricerca, condotta con l'apporto di cinque studiosi specializzati nel ramo della psichiatria, della psicologia clinica e delle scienze letterarie, consiste nell'intento di divulgazione scientifica delle tecniche, delle finalità e degli esiti che può avere la relazione terapeutica. Lo studio si rivolge senz'altro agli specialisti quali medici, psicologi, psichiatri e insegnanti che vi possono trovare concetti in aggiunta a quelli già in loro possesso soprattutto perché derivati dall'esperienza degli studiosi diversa dalla propria, ma si rivolge nel contempo anche al più grande pubblico di persone non specializzate nel ramo ed ugualmente interessate all'argomento della psicoterapia in particolare.

Vengono trattati con dettaglio nel volume, dopo una sintetica introduzione sul concetto di comunicazione nelle sue più importanti accezioni, la comunicazione nella relazione d'aiuto, il silenzio nella relazione terapeutica, la comunicazione del corpo, la comunicazione nelle varie fasi dell'età, inoltre la solitudine ancora nella norma, nell'incipiente disagio e nel rischio di malattia, il pianto ed il sorriso, la menzogna, le emozioni tra cui quella della paura e dei suoi mezzi per essere comunicata, la relazione comunicativa con il paziente depresso e con altre patologie cliniche, infine il suicidio e il fallimento della comunicazione. Seguono in fine i tre studi sopra accennati rispettivamente relativi agli aspetti psicosomatici della voce, alla comunicazione fra coetanei e al gesto impulsivo.

Non potendo presentare tutti gli argomenti che compongono il testo, seguono qui solo alcuni esempi del tipo di divulgazione e chiarimento delle basi della comunicazione verbale e non verbale che gli studiosi presentano nei meccanismi elementari e nei processi più evoluti.

Non poche persone che non sono mai state dallo psicologo o che ci sono andate una volta e non hanno più voluto continuare e che comunque non sarebbero forse adatte ad andarci – come è noto, non tutti possono andare in terapia, occorre essere disponibili alla terapia e accettare le sue regole, le sue forme, occorre avere fiducia in essa e nel terapeuta – ritengono che proprio il silenzio dello psicoterapeuta sia spesso qualcosa di imbarazzante e poco utile, un comportamento che essi criticano in negativo non essendo riusciti a capire la qualità e la finalità del silenzio del terapeuta, avendone equivocato e banalizzato la funzione. In realtà, spiegano le Autrici Miniati e Barsella, il silenzio è esso stesso una forma di comunicazione che il terapeuta usa proprio per dare sicurezza in quanto capacità di ascolto e di attenzione dedicata al soggetto. Con il silenzio il terapeuta invoglia e stimola il paziente ad entrare in introspezione con se stesso indisturbatamente e nel contempo non sentendosi comunque da solo, ma supportato dallo specialista che è a sua disposizione per aiutarlo appunto con il suo silenzio a ricordare, a cercare le risposte dentro di sé. Se il paziente tuttavia percepisce tale atteggiamento di silenzio del terapeuta al contrario come segno di disinteresse, allora qualcosa non ha funzionato nel paziente che probabilmente è contrario alla relazione di terapia e per così dire rema contro, vanificando qualsiasi sforzo e qualsiasi lavoro. Anche nel terapeuta ci può essere qualche errore nel porgere il suo silenzio come aiuto al paziente, può essere che il terapeuta, quanto a linguaggio non verbale dell'espressione degli occhi ad esempio o con qualche gesto che distrae la sua concentrazione dal paziente su cui dovrebbe essere focalizzata, possa essere percepito da questo come disinteressato, disimpegnato e anche ostile,

comportamenti che talora possono talora sussistere, ma che spesso sono proiezioni degli stati d'animo del paziente stesso. Quando comunque non si instaura la dovuta sintonia tra paziente e terapeuta, quando il silenzio non conduce a nessuna alleanza terapeutica, allora il rapporto si può anche interrompere e la relazione può appunto fallire. Inoltre il silenzio, lungi dal non significare niente e contrariamente a quanto alcuni possono ritenere e cioè che si stia zitti quando non si abbia niente da dire, ha in generale varia e importante valenza significativa. Si può tacere quando le parole non sarebbero sufficienti ad esprimere il significato dei sentimenti ad esempio ed allora il silenzio è intensamente significativo. Il silenzio può essere finalizzato all'ascolto, può instaurarsi tra persone che si conoscono molto bene e che possono intendersi senza parlare, può essere un silenzio di carità quando non si vogliono comunicare notizie tristi per l'altro, può esprimere indifferenza a quanto l'altro dice, può essere effetto di risentimento quando appunto non si risponde appositamente all'altro per fargli capire che non vogliamo comunicare in nessun modo con lui, può essere un silenzio ad oltranza, ciò che diviene una forma di provocazione massima, capace di scatenare nell'altro reazioni anche di violenza estrema. Quanto alla comunicazione del terapeuta ad esempio con il paziente depressivo, dopo aver specificato i diversi tipi di depressione quanto a sintomi e a gravità degli stessi, le Autrici Marina Miniati ed Elena Barsella riportano, tra l'altro, le domande che più frequentemente il terapeuta pone al depresso per aiutarlo ad analizzare il proprio stato nelle cause e negli effetti, nonché espongono come secondo la loro esperienza vada condotto il colloquio dal terapeuta, ad esempio sottolineano come il terapeuta debba parlare lentamente perché il paziente non si senta per così dire aggredito dall'incalzare delle domande, non debba usare termini difficili fuori dalla portata dello stesso, debba usare quindi un linguaggio semplice sia nel lessico che nell'articolazione, soprattutto non debba dare soluzioni anticipate e debba invece attendere che il paziente proceda con tutto il suo agio. Vengono illustrati tra gli altri anche i diversi approcci alla relazione terapeutica con il paziente schizofrenico, borderline o ansioso fino a tracciare un quadro anche della comunicazione terapeutica con il suicida evidenziando anche che cosa voglia comunicare il paziente con la sua volontà suicida. Viene data anche ampia analisi del fenomeno del suicidio nelle sue cause soggettive e ambientali.

Per finire la veloce carrellata, segue una breve sintesi dei tre studi posti successivamente alla ricerca delle due Autrici Miniati e Barsella.

Nello studio di Alessandro Bani sulla voce nei suoi aspetti psicosomatici vengono approfonditi i vari tipi di voce come comunicazione ed effetti che possono avere sul paziente nonché ai motivi che possono stare a monte della voce stessa del paziente, ad esempio la voce sussurrata, allegra o esalata, lamentosa, monocorde, piena di intoppi, infantile, artificiosa, tremula e viene sottolineato come l'interpretazione del significato della voce del paziente sia indispensabile nella relazione terapeutica anche onde poter individuare la presenza di alcune patologie neurologiche come la voce monotona dell'epilettico, la voce scandita di soggetti con lesioni nei lobi cerebrali, le voci allucinatorie degli schizofrenici espressioni di dissociazione fra voce e corpo, anche la voce impastata da abuso di sostanze e altro ancora in ulteriore dettaglio.

Nello studio di Eustachio Fontana relativo alla comunicazione fra coetanei nella Scuola Secondaria di Primo Grado viene descritta una serie di caratteristiche della stessa tipiche dell'età preadolescenziale ed adolescenziale, quali ad esempio prevalenza ancora in generale del linguaggio corporeo su quello verbale, la presenza di un lessico ridotto infarcito di termini e slogan televisivi ed abbreviato negli SMS del cellulare, modo di comunicare quest'ultimo, il cosiddetto messaggiare, che prende molto spazio sulla comunicazione orale e diretta faccia a faccia, inoltre la. Viene evidenziato come la comunicazione virtuale superi quella più concreta e sostituisca i rapporti umani per come si esplicano più realmente, così in tanti ulteriori dettagli.

Nello studio di Mario Ghiozzi sul gesto impulsivo vengono distinti vari tipi di impulsi, quali quello sessuale, quello distruttivo, quello autolesionista e auto mutilante, l'impulso al suicidio, alla fuga, al furto, all'incendio e così via. Vengono distinte per punti salienti le pulsioni primarie o spinte impulsive, le spinte istintive, le spinte volute e controllate. Anche i diversi Disturbi di Personalità vengono descritti quali il Disturbo Antisociale, il Disturbo Borderline, il Disturbo Intermittente mettendo in evidenza la diversa comunicazione che il terapeuta deve tenere nei confronti di pazienti disturbati.

Un saggio interessante e utile ai lettori, quello delle Autrici Marina Miniati ed Elena Barsella, nonché di Alessandro Bani, Eustachio Fontana e Mario Ghiozzi, che offre in linguaggio tecnico ma sempre chiarito nei termini e comunque non greve di tecnicismi evitabili un quadro ampio e dettagliato della comunicazione tra terapeuta e paziente andando in profondità nelle motivazioni e negli effetti dei vari tipi di comunicazione sia del terapeuta che del paziente come anche dello scolaro della Scuola Media nel difficile periodo dell'età dello sviluppo ed illustrando anche, in modo sintetico ma sufficiente a chiarire i problemi, alcuni disturbi patologici fondamentali dei pazienti che richiedono terapia.

RM