

GIANLUCA GANDA, RICCARDO CANOVA

IL MISTERO DEL RISPETTO

Il pensiero di Cecchin e la terapia inclusiva

Collana **Psiche e dintorni**

diretta da *Francesca Andronico e Loredana Petrone*



Alpes Italia srl – Via G. Romagnosi 3 – 00196 Roma
tel. 06-39738315 – e-mail: info@alpesitalia.it – www.alpesitalia.it

© Copyright

Alpes Italia srl – Via G. Romagnosi, 3 – 00196 Roma, tel./fax 06-39738315

I edizione, 2023

RICCARDO CANOVA Medico, specializzato in Psichiatria e in Psicologia, Psicoterapeuta, formatosi con Boscolo e Cecchin negli anni '80. Ha lavorato per circa trent'anni nell'istituzione psichiatrica, ed in seguito nell'area della Tutela Minori. Già Professore a contratto presso l'Università Di Milano Bicocca. Didatta del Centro Milanese di Terapia della Famiglia. Terapeuta e Formatore sistemico, si occupa di terapia familiare, di terapia multi-familiare e terapia multi-coppia.

GIANLUCA GANDA psicologo psicoterapeuta, si forma con Boscolo e Cecchin. Da più di vent'anni nel Servizio Sanitario occupandosi di terapia familiare, tutela minori, adozioni e attività consultoriale. Ha collaborato con varie scuole di psicoterapia e counseling, docente presso IDIPSI e Centro Milanese di Terapia della Famiglia, dove è anche redattore della rivista del Centro, Connessioni. Svolge la libera professione a Milano, occupandosi di terapia individuale, di coppia e familiare.

In copertina: Foto di Gianfranco Cecchin (elaborazione grafica di Gianluca Ganda).

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

Tutti i diritti letterari e artistici sono riservati.

È vietata qualsiasi riproduzione, anche parziale, di quest'opera.

Qualsiasi copia o riproduzione effettuata con qualsiasi procedimento (fotocopia, fotografia, microfilm, nastro magnetico, disco o altro) costituisce una contraffazione passibile delle pene previste dalla Legge 22 aprile 1941 n. 633 e successive modifiche sulla tutela dei diritti d'autore.

Indice

PREMESSA	V
INTRODUZIONE	IX
I. STORIA IN BREVE DI UN LUNGO SODALIZIO:	
BOSCOLO, CECCHIN E IL FONDAMENTALISMO SISTEMICO	1
<i>Gli esordi</i>	1
<i>Luigi Boscolo: tempo ed etica</i>	4
<i>Una relazione inclusiva</i>	8
<i>Due sorelle in difficoltà</i>	9
<i>Quanto è strategica la terapia sistemica di via Leopardi?</i>	11
<i>L'etica del dissenso e l'inclusione</i>	13
2. LA POSTURA DEL RISPETTO	19
<i>Riflessioni ad alta voce</i>	19
3. IL MISTERO DI UNO STILE DI LAVORO	29
<i>L'attenzione al processo</i>	29
<i>La parola "rispetto"</i>	30
<i>Tra le pieghe di un'idea</i>	32
<i>Le basi dei sistemi umani e la mancanza di rispetto</i>	34
<i>Cortesìa e rispetto</i>	37
<i>Il terapeuta veicolo di rispetto</i>	39
<i>Un processo di deuteroapprendimento</i>	41
<i>La ricchezza del sistema: le sue parole</i>	43
<i>Cambiare è una scelta</i>	44
<i>La metafora della globalizzazione</i>	45
<i>Raccolta differenziata e riciclaggio</i>	47
<i>L'armonia del sistema</i>	50
<i>Le famiglie e i bambini: la gerarchia e il rispetto</i>	52
4. L'INCLUSIVITÀ SI CONFRONTA CON LA DIAGNOSI	57
<i>La diagnosi e la malattia</i>	57
<i>La reciprocità e il rispetto</i>	60
<i>Dialoghi e conversazioni</i>	62
<i>Il protagonista è il cliente</i>	63
<i>Irriverenza verso le diagnosi: sono sempre inutili?</i>	64
<i>La diagnosi nelle istituzioni</i>	66
<i>Apprezzare la diversità dell'altra persona</i>	68
5. PERTURBAZIONI ATTORNO AL RISPETTO	71
<i>Rispetto: nuova teoria o vino vecchio in bottiglie nuove?</i>	71
<i>Eccentricità e anomalie</i>	73
<i>Contesti clinici e controllo sociale</i>	75
<i>Un potere da concordare</i>	78
<i>La ricchezza della collaborazione</i>	84
<i>Accettare per imporre</i>	86
<i>La microstoria familiare</i>	87
<i>Le micronarrazioni di Cecchin</i>	90
<i>Spie, tracce, segni e sintomi</i>	91
<i>La cultura locale di ogni sistema vivente</i>	95

IL MISTERO DEL RISPETTO

<i>Culture e rispetto</i>	96
<i>Il pensiero abduittivo del detective e del terapeuta</i>	99
6. UNA RELAZIONE CHE SI OCCUPA DI RELAZIONI	101
<i>Le relazioni, possibilità che si ripetono</i>	101
<i>Le trappole</i>	102
<i>Il terapeuta esperto</i>	103
<i>La trappola del terapeuta insegnante: il rispetto verso i più deboli</i>	105
<i>Il terapeuta moralista</i>	108
<i>La trappola del terapeuta giudice</i>	110
<i>Dal terapeuta giudice al terapeuta che classifica</i>	112
<i>Dalla classificazione alla collaborazione</i>	114
<i>Riflessività e posizionamento</i>	116
7. SONYA, LA RAGAZZA CATATONICA: UN ESEMPIO DI RISPETTO	119
<i>I precedenti</i>	119
<i>La seduta</i>	119
8. INCONTRI DI RISPETTO	133
<i>Verso una visione critica sulla terapia</i>	133
<i>La domanda e le aspettative</i>	135
<i>Costruire storie per costruire senso</i>	138
<i>Alla ricerca di senso tra voci e dialoghi</i>	140
<i>Le imperfezioni del conoscere</i>	143
<i>Il rispetto nei percorsi individuali</i>	146
<i>La persona e i suoi rapporti</i>	148
<i>Note sul linguaggio della terapia: i verbi di scelta</i>	152
<i>Scegliere la posizione</i>	154
<i>L'ascolto</i>	157
<i>Sintonizzarsi senza compatire</i>	162
<i>Il potere del terapeuta e il potenziale del cliente</i>	165
9. IPOTETICA MAPPA DEI CONCETTI CECCHINIANI	169
<i>Breve discorso sul riconoscimento</i>	169
<i>Il rispetto per l'unicità</i>	176
<i>Etica e rispetto</i>	178
<i>Curiosità, irriverenza e rispetto in interazione</i>	181
<i>I Toccati dai pregiudizi</i>	181
<i>I Conoscere con la fantasia</i>	183
<i>I Mondi imprevedibili e impensabili</i>	185
<i>II Aprire per accogliere</i>	186
<i>III Il poroso confine della normalità</i>	187
<i>IV. In equilibrio sul vuoto</i>	189
<i>V Il mistero</i>	193
EPILOGO	195
<i>Sonya: la ragazza che parla</i>	199
<i>Il rispetto è terapeutico?</i>	205
 <i>Ringraziamenti</i>	 207
 <i>Bibliografia, filmografia e sitografia video</i>	 209

Premessa

Gianluca Ganda

Il volume che il lettore si accinge ad affrontare nasce dai dialoghi e dalle discussioni che Gianfranco Cecchin e Riccardo Canova ebbero con collaboratori e allievi tra cui ero presente anche io. Alla fine degli anni '90 ero un terapeuta in formazione mentre ora collaboro con la Scuola di Psicoterapia del Centro Milanese come didatta.

Il libro affronta il tema del rispetto nella terapia, di come terapeuta e cliente possano avvalersi di questa qualità. Iniziamo dalle prime elaborazioni di Cecchin per mostrare la loro evoluzione. Le idee sul tema si sono poi arricchite con il contributo del tempo e dei dialoghi che gli autori hanno avuto tra loro, e con altri professionisti. Nella riorganizzazione del materiale ho cercato di mantenere la coerenza del discorso di Gianfranco. Ho cercato di rimandare la brillantezza delle sue idee e la sua intenzione comunicativa: buona parte del materiale era in forma di dialogo, ci siamo pertanto impegnati nel trasformarlo nella forma narrativa che troverete nel proseguito. Aspetto impossibile da rendere, invece, il suo tono, dall'accento "anglo-veneto" in declinazione milanese al suo tono, tra l'assertivo e l'interrogativo, che induceva l'ascoltatore in una posizione di dubbio, nell'accreditare una frase al codice della domanda o della affermazione.

Il rispetto è una forma dell'etica, dalle molteplici sfaccettature. Nei capitoli che seguono ci proponiamo di ridare al lettore un contributo su questi temi, per come si declinano nelle relazioni e nella particolare relazione cliente-terapeuta. Non ci proponiamo di realizzare una riflessione sull'intero percorso professionale di Gianfranco Cecchin. Siamo consapevoli della parzialità di un lavoro che nasce dalle sue riflessioni e che non può avvalersi del suo definitivo assenso. Più semplicemente, ci poniamo di far conoscere al lettore un tema che riteniamo abbia accompagnato lo sviluppo delle idee e delle prassi operative di Cecchin, con importanti risonanze sulla terapia sistemica. Invero, qua e là, si possono cogliere influenze in diverse direzioni: ma l'ibridazione è una caratteristica dei sistemi aperti che si concedono alla discussione dei significati. Un aspetto che ritrovo nella prassi riflessiva del Milan Approach. Cerchiamo di far luce su un concetto che pone la terapia sistemica in un'ottica micro-politica, di resistenza e inclusione dell'individuo. Sotto la lente del rispetto, l'incontro con l'altro è sottoposto a una analisi critica. Il rispetto è un tentativo di correggere il potere del clinico, per considerare come le diverse forze in campo influiscono nel dare forma alle relazioni cliniche. A partire dalla biopolitica di Foucault (2005), dalla micropolitica di Deleuze e Guattari di *Millepiani* (1980) sentiamo che il terapeuta sia chiamato a fare attenzione a come si organizzano le relazioni di forza nei sistemi. Da esse discende il grado di inclusione del singolo e cosa

IL MISTERO DEL RISPETTO

gli viene chiesto, talvolta imposto, per far parte di un gruppo. Il rispetto è critica del potere di condizionamento della società, della cultura dominante. È anche atto di autocritica del terapeuta: chiamato a gestire nella relazione terapeutica le possibili influenze del proprio sistema tecnico ed esistenziale di riferimento.

Apriamo questo lavoro con una riflessione sul Milan Approach, approccio che ritengo si sia svincolato da tempo dall'area della terapia strategica. Proprio il tema del rispetto ci sembra possa definitivamente togliere i dubbi di chi vede la scuola di Milano con uno sguardo limitato ai primi lavori degli anni '70. Cerco di dare rilievo alla sensibilità di Luigi Boscolo per l'Altro, per il cliente sempre portatore di risorse e capacità; e per la relazione che il terapeuta instaura con la famiglia, terreno di sviluppo della terapia perché luogo di incontro tra esseri umani. Qualità di un incontro che entrambi i fondatori del modello hanno cercato di curare, declinandola secondo le loro caratteristiche personali e di stile. Cerchiamo così di mostrare l'inestricabile collaborazione e influenza reciproca di Boscolo e Cecchin.

Le riflessioni e il materiale raccolto prima della morte di Cecchin presentava già una notevole ricchezza e nelle trascrizioni si sentiva ancora il suono della sua voce, il ritmo delle sue parole, lo stile ironico, acuto e spiazzante con cui affrontava i più svariati temi di discussione. A maggior ragione riteniamo che il ricordo del suo lavoro e della sua creatività sia valorizzato attraverso un dialogo-intervista con Riccardo Canova. Già apparso nel numero 16 (2005) di *Connessioni* (<http://connessioni.cmtf.it/>), rivista del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, è stato qui solamente rivisto, con piccole aggiunte dall'intervista originale. Abbiamo deciso di mantenerlo in forma di dialogo poiché, fatti salvi gli aspetti di adattamento dall'orale allo scritto, spiccava per la sua lucidità, apportando chiarezza al discorso affrontato nel volume. È un contributo significativo del pensiero di Gianfranco e a lui va attribuito. Nei capitoli successivi riporteremo citazioni di Cecchin, indicate in corsivo nel testo.

Il capitolo *Il mistero di un nuovo stile di lavoro*, è frutto di una rielaborazione delle riflessioni e discussioni portate avanti da Gianfranco Cecchin, Riccardo Canova e le loro collaboratrici attorno al tema del rispetto. Dialoghi che sono stati poi da me rielaborati. Per la redazione di alcuni paragrafi ci siamo inoltre avvalsi della collaborazione diretta di Eia Asen, che qui ringraziamo. Sulla falsa riga sono redatti i capitoli *L'inclusività si confronta con la diagnosi* e *Una relazione che si occupa di relazioni*. Nel primo, viene affrontato un tema caro al Milan Approach: i clienti della terapia, come gli utenti di un servizio, piuttosto che venire incasellati in una diagnosi mantengono la qualifica di "persona ricca di complessità". Il secondo nasce da una prima redazione ad opera di Cecchin e Canova, ulteriormente ampliata da me. Osserviamo da vicino la relazione della terapia, per mettere in guardia il terapeuta da risultanze inaspettate, cosa che avviene quando la sua azione si sviluppa all'insegna della logica della finalità cosciente; si manifesta con il suo modo di stare in relazione con i clienti, se si pone con loro da terapeuta "esperto", "moralista", "giudice" e "insegnante", per evitare che, assumendo una di queste posizioni (Harrè, 1986), la

presa in carico crei maggior malessere. Posizioni da guardare con criticità per evitare che nella terapia il rispetto sia assente. Il pensiero di Cecchin e le parole che usava per riflettere su questi temi sono molto presenti in questo capitolo.

Il contenuto dei paragrafi riprende direttamente il senso dei dialoghi, pur arricchiti di nuove considerazioni e approfondimenti. Spero che permettano al lettore di comprendere la portata delle riflessioni originali. Hanno certamente un impatto sul terapeuta che voglia adottare un atteggiamento autoriflessivo sulla posizione che assume e le mosse che attua nell'incontro con il cliente.

I testi portano chiaramente il segno della nuova redazione nel tentativo di ottimizzarli rispetto alla produzione orale. Non nego che la mano del redattore abbia aggiunto, qua e là, specificazioni, esempi e commenti alle idee già esistenti. Sapporre però che la redazione finale non abbia conservato le idee centrali proposte da Cecchin sarebbe come confondere l'approfondimento e la trasformazione. Il senso dei dialoghi e delle idee elaborate da Gianfranco Cecchin viene restituito appieno al lettore. Se uno degli autori (Riccardo Canova) ha lavorato per molti anni al suo fianco, io ne sono stato allievo per molto tempo, nel periodo in cui tali idee, seppur frutto di riflessioni di anni, si andavano concretizzando; idee che frequento tutt'ora nell'attività didattica del Centro Milanese di Terapia della Famiglia. La comparsa del tema del rispetto risale all'articolo "Hypothesizing, Circularity and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity", pubblicato su *Family Process* nel 1987. A buon diritto possiamo quindi sostenere che fossero espresse da Cecchin negli ambiti clinici e di formazione in cui lavorava. La forza di queste prassi è testimoniata dalla loro continua presenza nello stile del Milan Approach. Perdurano dopo la morte di Cecchin nella teoria e nella pratica del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, di cui Cecchin è stato, insieme a Luigi Boscolo, co-direttore. Le idee sul rispetto, lungi dall'essere state dimenticate, sono presenti, talvolta implicite alla prassi. Il nostro scopo, con questo lavoro, è di raccogliere in maniera organica, per continuare le riflessioni innescate da Cecchin e proseguirle.

Numerosi sono gli esempi di casi clinici, con commenti di Cecchin. Riportiamo poi un caso già conosciuto, perché presente in *Irriverenza* (1993). Nel capitolo *Sonya, la ragazza catatonica*, il lettore potrà partecipare al processo della terapia.

I temi affrontati sono sicuramente pertinenti alla terapia sistemica per come si è andata evolvendo oggi, con apporti narrativi e dialogici. Nel libro sono poi presenti alcuni miei contributi. Il quarto capitolo, *Perturbazioni attorno al rispetto*, si collega al discorso sulla diagnosi del capitolo precedente, per proporre un collegamento tra la ricerca narrativa di Cecchin e gli studi sulla microstoria. Nel capitolo *Incontri di rispetto* cerco di ampliare il senso del rispetto nella terapia con il racconto di alcuni casi. Oltre a confermare l'attualità del concetto, ne emerge una declinazione nella terapia individuale.

Cerco poi di ridare una mia personale descrizione delle connessioni e interazioni tra i concetti cari alla poetica cecchiniana. Trovano così spazio i pregiudizi, l'irri-

IL MISTERO DEL RISPETTO

verenza, la curiosità e la neutralità. E le idee perfette, quelle letture della realtà che diventano pensieri rigidi, pregiudizi impiegati alla stregua di ideologie senza tempo, con l'effetto di bloccare il cambiamento, l'adattamento delle persone e dei sistemi alle perturbazioni dell'ambiente. Le idee perfette chiudono il sistema e lo bloccano.

In *Epilogo* potrete infine trovare il secondo colloquio che Cecchin ebbe con Sonya e la sua famiglia, incontro che ridà voce alla ragazza.

Confidiamo che il lettore possa cogliere l'attualità del tema del rispetto, la sua influenza nell'atteggiamento di incontro tra terapeuta e cliente e la sua prossimità alle tendenze prettamente dialogiche dell'intervento psicoterapeutico.

Introduzione

Riccardo Canova

Le introduzioni, come si sa, si scrivono generalmente dopo aver completato un libro. Ma, in questo caso, le prime parole di quest'opera sono state scritte all'inizio di questo lavoro e ci hanno accompagnato nel nostro impegno: abbiamo il dovere di scrivere questo libro, è un debito nei confronti di Gianfranco.

Gianfranco ci ha lasciato orfani di tante cose, di tanti momenti di confronto in cui si dissertava a ruota libera su tutto. Dopo una seduta, alla fine di una giornata di formazione, a pranzo o a cena, le discussioni non si fermavano mai, arricchite sempre da un nuovo punto di vista, una nuova idea. Tutti potevano dire la loro, tutti erano ascoltati, tutti potevano partecipare a quel clima di euforico entusiasmo che ci veniva quando scoprivamo una nuova armonia tra i risvolti delle vicende umane.

In queste discussioni c'era molto rispetto, spesso eravamo su posizioni diverse, soprattutto in politica, ma c'era grande rispetto reciproco. Ed è questo tipo di rispetto che riteniamo importante in terapia ma difficile da definire. Non siamo riusciti a dare una definizione esaustiva di cosa intendessimo per rispetto in terapia. Continuavamo a girarci intorno, noi di sicuro ci capivamo, ma come spiegarlo agli altri?

Ma da dove nasce quest'idea del rispetto? Occorre fare alcuni passi indietro. Nei primi anni '90 alcuni operatori di una vasta équipe di un servizio psichiatrico nell'hinterland milanese ebbero l'idea di sperimentare l'intervento sistemico, nella forma delle sedute familiari, all'interno di un reparto psichiatrico per pazienti acuti. Grazie ad alcune congiunture favorevoli di quegli anni, fu possibile proporre come "progetto sperimentale", l'allestimento di una sala per sedute dotata della classica attrezzatura d'audio-video registrazione e di uno specchio unidirezionale.

Gli intenti dei promotori erano molteplici. In primo luogo, c'era l'idea, un po' velleitaria, di riuscire ad intervenire in una fase precocissima, addirittura in Pronto Soccorso, per cercare di evitare il ricovero per la forte connotazione negativa che a quel tempo assumeva. Ricorrervi, infatti, avrebbe significato il fallimento del lavoro territoriale. Riuscire ad intervenire in una fase così precoce si rivelò però irrealizzabile. Fu in ogni caso possibile organizzare una seduta familiare in tempi relativamente rapidi, nel giro di qualche giorno.

Si riuscì a stipulare una convenzione con il Centro Milanese di Terapia della Famiglia che per alcuni anni fornì la consulenza e la formazione di Luigi Boscolo e di Gianfranco Cecchin.

L'esperienza fu valutata positivamente sia dagli operatori sia dalle famiglie. Per i terapeuti non sistemici era una chiave di lettura nuova, informazioni aggiuntive, comprensione di comportamenti più completa, interrogativi sulla complessità. Per

IL MISTERO DEL RISPETTO

gli infermieri chiavi di comprensione diverse, connessioni, domande. Le famiglie si sentivano maggiormente considerate, accolte, comprese.

Nonostante questo, il progetto sperimentale fu interrotto dalla direzione amministrativa dell'azienda ospedaliera per motivi legati ai nuovi modelli di rendicontazione economica, sopravvenuti in quegli anni.

Alcuni anni dopo la fine di questo progetto ebbi l'opportunità di iniziare qualcosa d'analogo in un altro ospedale. Parlai a lungo con Gianfranco con cui avevamo iniziato a confrontarci sulla prima esperienza, prima che iniziasse questa nuova avventura professionale. A entrambi spiaceva infatti che fosse finita e non ne fosse rimasta traccia. Per fortuna rimanevano un buon numero di video-registrazioni di seduta. Incontrandoci con Gianfranco discutevamo riguardo al significato di fare delle sedute in ospedale. A noi sembrava un intervento importante e utile, per i pazienti innanzitutto: ai loro comportamenti veniva dato un senso, una spiegazione. Senso e spiegazione che mettevano il paziente/utente/cliente in relazione agli altri, alle persone per lui significative. Importante e utile per i familiari ai quali veniva data una competenza, una responsabilità, una capacità, altrimenti negate.

Importante e utile per l'équipe curante che in questo modo aveva la possibilità di osservare il paziente nel suo contesto relazionale, di dare un senso alla sua sintomatologia.

Ma cosa caratterizzava quelle sedute? In cosa differivano dalle altre, se mai differivano?

Ripensando alle sedute arrivammo a parlare d'alcuni casi emblematici. La prima famiglia che Gianfranco vide in ospedale divenne l'oramai "storico" caso di Sonya. Si trattava di una ragazza ricoverata da qualche tempo, che aveva un comportamento di grande chiusura e ritiro, seguito da fasi di miglioramento con conseguenti dimissioni, e poi un nuovo peggioramento con altro ricovero a distanza di pochi giorni. Negli ultimi due mesi circa però, la situazione era peggiorata notevolmente. La ragazza non solo non parlava più, ma non si alimentava neppure e passava tutto il giorno a letto, immobile. Inoltre, vi era grande preoccupazione per il suo stato fisico. Vi erano, infatti, molti parametri ematici alterati. Gli internisti, dopo aver fatto numerose ipotesi, dichiararono di non capirci più nulla. Dal punto di vista neurologico non furono rilevate alterazioni. Da tempo era alimentata tramite sondino naso-gastrico. Non si sapeva più cosa fare. I colleghi responsabili del reparto chiesero una consulenza a Cecchin.

La seduta ebbe luogo alla presenza del medico di reparto, del padre, madre, sorella e fratello della paziente, di due infermiere preposte all'assistenza della paziente stessa, che sedeva su una sedia a rotelle, ed aveva un sondino naso-gastrico ed un flacone per fleboclisi inseriti.

Senza scomporsi Gianfranco pose domande a tutti, le sue consuete domande "ingenui", spesso si rivolgeva direttamente alla paziente, riconoscendole, in tal modo, competenza e responsabilità. Concluse la seduta con un "reframing" nel quale il comportamento della ragazza fu considerato volontario e logico. A parte qualche

“sbattimento di palpebre” e rivoli di saliva dall’angolo della bocca, nulla si mosse nella ragazza per tutta la seduta. Il giorno dopo pronunciò le prime parole dopo mesi, chiese dell’acqua e nel giro di pochi giorni iniziò a parlare più compiutamente. “Il miracolo Cecchin”, come scherzosamente fu chiamato nell’ospedale quell’intervento, era compiuto. Ma cosa era successo?

Discutemmo di questo e di altri casi, decidemmo che sarebbe stato utile passarli in rassegna tutti. Proponemmo ad una collaboratrice del *Centro di Consulenza e Psicoterapia della Famiglia* di Segrate (MI), che allora dirigevo, e a due tirocinanti del Centro stesso, di rivedere le video registrazioni delle sedute sia della prima che della seconda esperienza e di stilare una sorta di riassunto delle stesse.

Il gruppo si era allargato: alle periodiche riunioni ci si trovava in cinque. Oltre a Cecchin e io erano presenti le psicologhe Daniela Cairoli, Rosalba Monti e Tania Radaelli. Ricordo con affetto la loro attiva partecipazione alle discussioni che contribuivano ad animare con i loro diversi punti di vista.

Il nostro gruppo di cinque si è trovato tante volte, abbiamo discusso a lungo. Pensammo di scrivere un libro e iniziammo a raccogliere le riflessioni che nascevano dalle nostre conversazioni, ad accostarle ai casi clinici che avevamo incontrato. La morte di Cecchin ci impedì di proseguire quel lavoro. Ora lo abbiamo ampliato prendendo spunto da quelle prime conversazioni.

È agli inizi di questo lavoro che emerge la ricerca di una risposta alle domande: cosa accomuna le sedute della prima e della seconda esperienza? Cosa rende queste sedute “perturbanti”? Cosa introduce cambiamento?

Ci colpiva una differenza tra l’intervento psichiatrico e quello della terapia sistemica, individuato nel grado di considerazione che veniva dedicato a tutti i membri del sistema. Riguardo che si amplificava a dismisura verso la paziente: non farmaci somministrati a forza ma domande che le venivano rivolte direttamente. Considerazione, riguardo, stima: parole che rimandano al rispetto. È stato questo atteggiamento verso la paziente catatonica, verso i suoi sintomi, verso la sua famiglia, verso l’istituzione che la accoglieva, a provocare il cambiamento? Nessuno può dirlo, ma noi abbiamo la presunzione che questo sia stato un fattore di guarigione importante.

Abbiamo ipotizzato che la risposta a questi interrogativi fosse da cercare attorno all’*idea di rispetto*. Alla domanda “cosa sia il rispetto” non c’è una risposta unica in quanto il rispetto emerge nell’interazione. Il termine rispetto, infatti, come la maggior parte dei termini di valore etico e/o politico, ha una grande rilevanza ma è anche vago e dal significato potenzialmente ambiguo e può variare sia nel tempo sia nei differenti contesti.

Oggi, secondo me, è utile ritornare alla genesi di quella domanda: “perché il rispetto in terapia funziona”? Come mai abbiamo pensato proprio al rispetto nel rivedere e riflettere su quegli interventi?

Noi siamo partiti da considerazioni riguardo le sedute che si svolgevano nel contesto particolare di un reparto psichiatrico per pazienti in fase acuta. Sono state so-

IL MISTERO DEL RISPETTO

prattutto le differenze tra queste sedute e quelle che avvengono nei contesti, pubblici o privati che siano, deputati a fare psicoterapia, che hanno innescato le nostre riflessioni. Nei reparti psichiatrici in cui lavoravamo le persone ci finiscono in modo più o meno coatto, intendendo con questo che ci sono circostanze dove questa coazione è formalizzata in termini di legge ed altre dove il paziente è stato caldamente convinto, dal medico curante, dallo psichiatra di riferimento oppure dai familiari o da altri soggetti, a farsi ricoverare. È molto raro che un paziente vi si rechi volontariamente.

In uno studio di psicoterapia, invece, le persone si recano spontaneamente, questa è una prima differenza fondamentale. Inoltre, il paziente ricoverato è uno solo, i familiari e/o le altre persone per lui significative, sono fisicamente fuori dall'Ospedale. Le "marche di contesto" sono chiare, c'è una persona, vestita per lo più in pigiama, ce ne sono altre che portano un camice bianco, altre ancora vestono divise di vario colore, bianche o verdi o azzurre, a seconda del ruolo ricoperto. Tutte queste "marche di contesto" definiscono la tipologia e la qualità delle relazioni che ci si aspetta si debbano realizzare tra le persone coinvolte. C'è una persona, in particolare, che è in una condizione nettamente differente da tutte le altre e intorno alla quale le altre si organizzano. Questa persona è il paziente, il "malato".

Le idee che tutti gli attori coinvolti hanno dei disturbi mentali, determinano tutta l'organizzazione del lavoro e, di conseguenza, gli interventi messi in atto in ogni singola circostanza. Il paziente si trova in una condizione di forte asimmetria rispetto a tutto il personale sanitario. In questa situazione è facile che possa sperimentare uno status di "non rispetto", e finanche di umiliazione. Umiliazione dovuta alla rottura dei normali legami di reciprocità con gli altri, in quanto non più riconosciuto come persona ma solo come "malato mentale". Tutto ciò che dice o fa viene interpretato in questa chiave e se viene meno il riconoscimento come persona da parte degli altri, vengono minate anche le basi che il paziente ha del rispetto per se stesso.

Roberto Mordacci nel suo libro *Rispetto* (2012) fa un excursus storico del concetto per approdare alla concezione kantiana che, a differenza di quelle precedenti, riconosce a ogni persona pari valore e dignità. Andrea Beretta, giornalista de *Il Sole 24ore*, in un articolo apparso sul quotidiano il 10 dicembre 2020 scrive: "Nell'antichità non esisteva questa idea di rispetto, che invece veniva declinato e vissuto o come deferenza/soggezione, verso un'autorità, un potere costituito o una divinità; o come stima o apprezzamento verso qualcuno cui veniva riconosciuto un carattere di eccezionalità, per una particolare performance o per un inusuale virtuosismo. Nel primo caso la parola rispetto era connessa alla parola autorità; nel secondo caso invece alla parola eccezionalità. In entrambi i casi il rispetto rimandava a un'idea di superiorità di qualcuno che, in quanto superiore, prevedeva o pretendeva l'esercizio di un atteggiamento rispettoso (da chi superiore non era). Oggi possiamo invece condividere e promuovere un'idea di rispetto che porta con sé una parola diversa: la parola riconoscimento. A questa idea di rispetto come riconoscimento dell'altro e della sua possibilità di affermazione e di realizzazione individuale, chiunque esso

sia e a prescindere dal carattere di autorità e/o di eccezionalità che gli può essere riconosciuta, si arriva, secondo Mordacci, in modo particolare grazie al lavoro di Immanuel Kant.” (Beretta, op. cit.) Questo tipo di rispetto viene chiamato “uguale rispetto”. “Rispetto diseguale” va invece inteso, sempre secondo Mordacci, come “rispetto per la persona nella sua singolarità, non per il concetto di persona in astratto, ma per la persona individuale, ovvero per “l’incarnazione singola e irripetibile della sua libertà”. Mordacci fa, inoltre, una distinzione tra “rispetto passivo” e “rispetto attivo” intendendo per passivo il rispetto formale, ossia il non prevaricare, il non fare niente di irrispettoso verso l’altro, il non ostacolare la sua potenzialità, mentre per rispetto attivo intende innanzitutto il riconoscimento dell’altro e della sua possibilità, potenzialità di affermazione.

Rispetto passivo è quello che generalmente ci si aspetta venga messo in atto, nei confronti dei pazienti, da parte dell’istituzione, del personale sanitario. Si dà per scontato, infatti, che non vi siano più gli atteggiamenti, denigratori, sadici, violenti, caratteristici dei manicomi. È questo il tipico rispetto che il medico ha nei confronti di un paziente, di un “corpo malato”. Diverso, invece, è ricercare intenzionalmente nell’altro, possibilità e potenzialità. Questo significa passare dalla osservazione attiva di ciò che non funziona, segni e sintomi di qualcosa che non si vede ma che si presume esista, nel corpo o nella mente dell’altro, alla co-costruzione di senso, rispettando il fatto che l’altro possa essere diverso da me. Humberto Maturana ritengo intendesse qualcosa di simile quando affermava che, secondo lui, il giusto atteggiamento dell’uomo dovrebbe consistere nel “credere per poter vedere”, io posso vedere l’altro soltanto se credo in lui e se voglio riconoscerlo.

Vivere l’esperienza di essere ricoverati in un reparto psichiatrico significa, tra l’altro, temere, pensare, di essere “matto”. Il dubbio di essere matto può divenire un’esperienza fortemente destabilizzante. Il dubbio, infatti, porta alla ricerca di una sua risoluzione, alla ricerca di una certezza, e se tutto il contesto, più o meno esplicitamente, convalida questo timore il rischio è quello di cristallizzare questa situazione.

Si tenga presente che in un reparto di psichiatria, il ricovero di un paziente è, per lo più, gestito con delle procedure costruite sull’idea di trovarsi di fronte ad una situazione sì difficile ma complicata. Le situazioni complicate (*cum-plica*), come notoriamente ci insegna la scienza, o meglio le scienze della complessità, sono quelle che, pur difficili, prevedono comunque la possibilità di una soluzione. Tale possibilità è data dal fatto che le relazioni tra le parti sono stabili e lineari. È complicato il cubo di Rubik, anche se difficilissimo, così pure la preparazione un piatto elaborato seguendo una ricetta precisa. Complicato è anche eseguire un esame medico strumentale difficile. Ci sono delle procedure difficili appunto ma codificate, rischiose magari, comunque con esiti, almeno teoricamente, prevedibili. Un problema complicato trova soluzione nel dispiegamento delle pieghe nel semplificare – *sin plica* – appunto.

Per semplificare bisogna ridurre il problema alle sue componenti costitutive. Ci sono, ad esempio, i sintomi che il paziente manifesta, si cercherà pertanto di elimi-

IL MISTERO DEL RISPETTO

narli, come pure i comportamenti ritenuti patologici. Come sanno bene i terapeuti sistemici, invece, il termine complesso, che deriva dal latino *cum-plecto*, considerato erroneamente, e ahimè, di frequente, come sinonimo di complicato, significa, invece, intrecciato, intessuto. Questo rimanda al fatto che le componenti sono tutte legate tra loro in modo interdipendente. I legami tra le parti seguono una causalità circolare e non lineare.

La variazione in una qualsiasi delle parti si ripercuote su tutte le altre, in modo né stabile né facilmente immaginabile. Per affrontare la complessità non ci sono né ricette né “best practice”, e i risultati non sono prevedibili. Il disagio mentale è questione complessa e come tale andrebbe affrontato, soprattutto quando è grave, quando il sistema di appartenenza del paziente è gravemente in crisi, sull’orlo del caos. Il paradosso è che più la situazione è difficile più la si affronta in modo lineare, cercando di semplificarla. Si isola il paziente cercando di interrompere i legami, i nessi, i collegamenti, le interconnessioni che ha con il suo mondo, si utilizzano i farmaci nell’intento di controllarne il comportamento.

La differenza tra un animale vivo e il medesimo animale morto non consiste nella composizione fisica dei due corpi, perché questa è identica, sono uguali gli organi, le cellule, il sangue e tutte le altre componenti, ma è nelle relazioni tra tutte queste parti. Relazioni che nel caso dell’animale morto si sono interrotte, le parti non comunicano più.

Succede qualcosa di analogo a livello psicologico? La consapevolezza che il paziente fosse all’interno di una complessa rete di parti, che comprendeva anche noi, era ben presente. Il nostro lavoro era proprio teso a far emergere le interconnessioni tra il paziente, i suoi comportamenti, i suoi pensieri, la sua famiglia, gli operatori sanitari.

Interconnessioni che non sono date per sempre, sono continuamente mutevoli nel tempo e costituiscono la singolarità e la specificità di ognuno, ed era proprio questa specificità che volevamo far affiorare.

Ti rispetto, quindi ti riconosco e credo in te, nella tua unicità e specificità all’interno della tua rete di relazioni, questo è il messaggio che cercavamo di dare. Nuovamente ci chiediamo: perché il rispetto ha funzionato in queste situazioni? La forza di un atteggiamento di rispetto sta nel dare pari dignità a tutte le posizioni presenti nel vasto sistema, formato, oltre che dal paziente, dalla sua famiglia, dagli operatori sanitari, dai consulenti, in un momento e in un contesto limite, sull’orlo del caos? È proprio questa modalità di intervenire, “inusuale” in un reparto ospedaliero, che crea dei cambiamenti? È questo tipo di rispetto che funziona nelle crisi psicotiche acute affrontate con “*open dialogue*” da Jaakko Seikkula (2012), dove, da subito, sono coinvolte tutte le persone significative per il paziente?

È questo continuo connettere che veicola i messaggi “tu esisti”, ti riconosco, sei parte di un tutto più vasto, che “mantiene in vita” il paziente?

Perché il rispetto in terapia funzioni, per dirla con Gianfranco, resta un gran mistero.

Introduzione

Una risposta credo possa venire da ciascun lettore, in base alle proprie esperienze, alle riflessioni e alle domande che questi scritti, spero, possano suscitare.

