

DORALICE IANNI, DONATELLA ZAVALLONI

IL LINGUAGGIO DEL SILENZIO IN PSICOTERAPIA

Le vie espressive del paziente nel setting psicoterapeutico, e più sottilmente nel setting analitico, sono molte e complesse. Esse caratterizzano lo stile comunicativo del soggetto attraverso le dirette manifestazioni del linguaggio verbale spesso sostenuto e rafforzato, talora controllato, contraddetto o addirittura negato dalle più diverse, evidenti, «profonde» e quasi impercettibili significazioni analogiche. La comunicazione allora, in apparenza prevalentemente verbale, diviene analogica e offre nella relazione terapeutica possibilità d'ascolto delle inflessioni vocali, della sequenza, del ritmo e della cadenza delle stesse parole; di visione delle immagini mimiche, gestuali e posturali e di lettura dei messaggi contenuti nelle pause di silenzio più o meno prolungate.

Anche ciò che appare come resistenza e impronta astensionistica nasconde messaggi che non possono semplicemente essere riassunti in una sola interpretazione, seppure questa rassicurerebbe gli studiosi mediante una finzione di rigore e di scientificità.

Ciò premesso, intendiamo con questa comunicazione passare in rassegna alcuni dei possibili significati dinamici del silenzio, ossia di uno fra i più frequenti e problematici fenomeni che il paziente, in apparenza o veramente collaborativo, può presentare. In seconda istanza vorremmo proporre alcune possibili soluzioni per il superamento non semplicistico del fenomeno, articolato nelle sue diverse categorie.

Il silenzio può in alcuni casi presentare un rifiuto dell'esperienza psicoterapica a livello cosciente o inconscio.

Esistono talora crisi consapevoli di tale esperienza e il silenzio le esprime qualificandosi come atto di volontà. Ciò può verificarsi anche quando l'accordo analitico è stato stipulato. Il paziente allora pone in discussione la sua stessa scelta con le più diverse motivazioni, vissute appunto coscientemente. Si può trattare del rifiuto di sondarsi e di essere sondati, non sempre specificamente riferito a determinati contenuti, ma anche solo al fatto di aprirsi, di offrirsi senza veli, perdendo così la sicurezza fittizia gestita da un personaggio che fa da supporto corrente nella vita relazionale del soggetto.

Quando la resistenza al sondaggio analitico contrasta invece con l'accordo razionalmente accettato anche nella fase operativa, le ragioni che strutturano il fenomeno sono più delicate e più spesso collegabili a precise tematiche che il soggetto non avverte a livello di coscienza. Esse riguardano in linea di massima, almeno in prevalenza, due tematiche fondamentali: il senso di inferiorità e di insicurezza da un lato e il senso di colpa (come variante specifica del primo) dall'altro.

Ci spiegheremo meglio. In questi casi il paziente non può sopportare neppure come ipotesi la prospettiva di rivelare a se stesso e al suo partner terapeutico certe sue intime debolezze e certe sue presunzioni di colpa, intese come qualcosa di degradante o come qualcosa che preclude, mostrando un'indegnità, la possibilità di chiedere e di ricevere ancora regressivamente.

La semantica del silenzio può improntarsi con varie motivazioni e modalità a tematiche aggressive.

Ciò può presentare un tratto dello stile di vita del paziente che si manifesta d'abitudine o con frequenza anche al di fuori del setting terapeutico o invece una reazione mirata al rapporto con il terapeuta. Anche in questo secondo caso è comunque possibile scoprire analogie col ricorso al silenzio che appare in condizioni particolari dell'esistenza. L'aggressività del silenzio può essere punitiva, cioè significare indirettamente all'interlocutore che il soggetto vuole sfidarlo o umiliarlo non concedendogli la propria comunicazione. In altri casi l'aggressività parte da un pudore espressivo che scatena poi nel soggetto una reazione eteropunitiva eretta a difesa della propria dignità.

Sono talvolta avvertibili espressioni del silenzio cariche di una emotività contenuta, che il soggetto frena per vergogna, in modo duraturo o anche solo contingente, in attesa di un cenno di comunicazione improntato alla solidarietà che dia via libera al prorompere di certi contenuti.

Il silenzio del paziente può inquadrarsi talora come fenomeno reattivo a un'interpretazione o anche solo a una comunicazione non attesa del terapeuta. Si tratta di un silenzio parlante, poiché racchiude il disappunto o l'ammirazione o la vergogna o la ribellione a un vissuto di confronto assaporato appunto senza parole. Come tutte le manifestazioni reattive, anche questa forma di silenzio non è mai del tutto enigmatica e manifesta con altre metacomunicazioni i suoi contenuti a chi sia appena in grado di coglierli.

Il silenzio di riflessione è una manifestazione che risente molto della tecnica applicata dal terapeuta e dello stesso stile espressivo di quest'ultimo. Quando nel setting le parole fluiscono con parsimonia, intervallate da lunghe pause, il paziente può adeguarsi a questa armonia del «non detto ancora», meditando prima di parlare, alla ricerca di un perfezionismo semantico. Questa situazione è più frequente

nelle analisi tradizionali di impronta freudiana ortodossa. Ciò che accade però in quel contesto nasconde vissuti estremamente differenti, riportabili allo stile emotivo dei pazienti. Così alcuni di questi si adeguano «perché costretti dalla situazione», ma nel loro intimo ne soffrono e lo comunicano indirettamente con la mimica e con la postura. Altri pazienti ancora vivono il silenzio nell'analisi come un dramma, articolando una convinzione di «non essere capaci» di comunicare o di adeguarsi. È questa una frequente causa di interruzione nelle analisi classiche.

Nel setting adleriano, impostato sulla comunicazione nei due sensi, il fenomeno può verificarsi, ma è in genere palesato dal paziente che esprime, per chiedere aiuto o per protestare, il suo blocco, a volte addirittura preparato nei periodi di attesa della seduta.

Esistono modalità particolari dei fenomeni ora descritti, riconducibili all'ansia e al dubbio, sollecitati da certi contenuti. Il paziente allora è incerto se comunicarli o non comunicarli e a volte nutre perplessità sul come comunicarli.

È importante anche il momento della rottura del silenzio. A volte questa può manifestarsi in modo esplosivo, con un'espressività travolgente, di caso in caso commossa e liberatoria o invece «rabbiosa», come se la comunicazione si accompagnasse in ambivalenza a un senso di sconfitta o di costrizione, capace di generare reazioni aggressive.

Gran parte delle forme di silenzio che abbiamo fin qui esaminato racchiudono in sé una conflittualità, scoperta o contenuta o anche solo potenziale come avviene nelle situazioni di dubbio. Il silenzio però può elevarsi paradossalmente a livello di una disibinizione massima e perfetta: quella che toglie ogni contenuto di ansia al rapporto inter-

personale e presume una compartecipazione emotiva che non ha bisogno di rassicurazioni verbali. Nell'ambito della vita di relazione e dei suoi aspetti più pregnanti emotivo-sessuali questo silenzio costella i rapporti di amicizia meglio riusciti e i momenti di armonia massima in una coppia.

Nella psicoterapia il silenzio empatico può certo comparire quando la relazione terapeutica è ben consolidata e le difese da una parte e dall'altra sono state tutte dissolte. Si tratta però quasi sempre di un silenzio di breve durata, poiché il rapporto terapeutico è una relazione sotto molto aspetti innaturale, priva della continuità che costella invece l'amicizia e l'amore ben articolati. I momenti della terapia, specie quando sono ben vissuti, devono sfruttare tutto il loro tempo intensamente per gli scopi interiori di chi vi partecipa e non possono prendersi vacanze troppo lunghe nell'impegno comunicativo.

Non abbiamo inserito nella nostra rassegna panoramica delle dinamiche improntate al silenzio le manifestazioni che appartengono alla patologia maggiore: ad esempio il *mutacismo* che appare in molti soggetti psicotici e che esorbita dalle sfumature prima descritte, tutte collocabili nella normalità o in quelle accentuazioni disturbate della normalità che si definiscono nevrosi. Il tema del silenzio patologico maggiore è di grande interesse sia sul piano clinico, che interpretativo. Esso comporta un approccio psicoterapico speciale, che esce però dal tema della nostra comunicazione e che ci ripromettiamo di trattare in altra sede.

Tratteremo solo brevemente l'argomento del silenzio del terapeuta, meritevole anch'esso di uno studio a sé stante ben strutturato. Ci riferiremo, in sintesi, solo agli analisti preparati, il cui comportamento, pur sostenuto da una genuina e propria emotività, deve poi inserirsi, riplasmandosi, in una metodologia appresa e già collaudata.

Nei trattamenti psicoanalitici ortodossi il silenzio, come noto, è di rigore. Le critiche a questa impostazione appaiono in tutta la letteratura adleriana sulla relazione terapeutica. È possibile però che l'uso del silenzio sorga spontaneo e si articoli senza esasperarsi in momenti non prolungati anche di una terapia empatica come quella adleriana. Esso può consentire una brevissima autoanalisi o la preparazione sempre breve di una successiva modalità di approccio.

Le pause di silenzio, poi, scandiscono il ritmo espressivo di alcuni terapeuti e allora non rappresentano un problema, poiché sottolineano uno stile non necessariamente problematico a cui il paziente ha modo di adeguarsi.

Il silenzio conflittuale dell'analista rappresenta un grande tema ma ripete, attraverso il filtro di un ruolo assieme più impegnativo e più protetto, quasi tutte le tematiche che abbiamo descritto a proposito del silenzio dei pazienti (con esclusione augurabile di quelle patologiche).

Le strategie che si possono produttivamente impiegare verso il silenzio dei soggetti in terapia sono anzitutto caratterizzate dagli indirizzi di scuola. Nell'analisi classica freudiana il silenzio è scontato, ma l'analista capace sa avvertire i momenti, seppure distanziati, in cui le sue interpretazioni possono accendere altre fasi del transfert. Nei trattamenti in cui, come in quello adleriano, la comunicazione fluisce nei due sensi, il silenzio si presenta più nettamente come un problema che richiede soluzioni dopo tempi di attesa non troppo lunghi.

Non riteniamo che possano esistere delle tecniche generali standardizzate applicabili in ogni caso.

Se il silenzio, come abbiamo sottolineato, è una comunicazione non verbale, occorre dapprima leggerla e poi ri-

spondere ai suoi contenuti. La lettura non è sempre facile e talora prospetta ipotesi non sovrapponibili. È necessario allora aprire quella che potremo chiamare «discussione sul silenzio» con il paziente.

Secondo Adler quella terapeutica deve essere, al massimo del possibile, una coppia creativa, che risolve i suoi problemi di rapporto senza persecutori né vittime e «inventando» nuovi finalismi con grande duttilità. Lo stile con cui si affronta il tema del silenzio deve anzitutto evitare alcuni errori, che potrebbero determinare variazioni negative sia del transfert che del controtransfert.

L'approccio non può essere qui perciò inquisitorio, poiché in tal modo solleciterebbe ripiegamenti ancor più astensionistici o reazioni aggressive e (secondo il nostro punto di vista) spesso neppure proiettive. Anche un avvicinamento frustrato e insicuro da parte del terapeuta può essere altrettanto gravido di rischio: egli infatti finirebbe così per perdere una parte del suo ruolo, pregiudicando la fiducia dei soggetti, che sostiene il successo del trattamento, o tramutando l'analizzato in persecutore vendicativo, in quanto insoddisfatto nelle sue legittime aspirazioni.

Il messaggio più utile da inviare ai soggetti è l'impressione che l'analista conosca il fenomeno del silenzio, lo dia quasi per scontato e ne conosca già i possibili significati e le possibili soluzioni. Il tutto, però, senza supponenza. Il paziente che recepisce tale comunicazione attenua il suo disagio quando vince il silenzio con ansia o spunta subito le sue armi quando le sta impiegando come uno strumento d'attacco. Due ostacoli per la prosecuzione del programma sono così in parte accantonati.

In linea di massima, la sofferenza che nutre il silenzio è avvertita dalla semantica non verbale dei soggetti. Se ciò

cade, la discussione non è neppure necessaria. Il terapeuta può rivolgere delle domande, sulla scorta di quanto già acquisito nell'analisi e con lo scopo di esplorare certe zone e certe fasi temporali del vissuto del paziente che si prospettano come problematiche.

Se l'analizzato offre una rigidità o un'apatia non leggibili, è possibile rivolgergli una richiesta tranquilla sul tipo di: «Come vive il silenzio?». E anche poi: «Vuole mantenerlo o desidera il mio aiuto?». La seconda domanda deve essere effettuata con prudenza e solo quando la si sente in qualche modo attesa.

I silenzi permeati di aggressività rappresentano a grandi linee un problema più impegnativo. Chi polemizza non parlando è infatti quasi sempre un partner difficile. Se esistono, nel bagaglio ormai acquisito, degli spunti interpretativi già pronti che sembrano adeguarsi alla situazione, essi possono essere proposti, ma come ipotesi e non come freccia esplorativa frustrante. A volte il paziente resta sorpreso dalle osservazioni centrate che gli si rivolgono e reagisce al sentirsi esplorato in modo efficace o rinunciando alla difesa dura o polemizzando più apertamente. In ogni caso ciò rappresenta un tema di analisi più ricco dell'astensionismo ambiguo.

L'abbinamento fra silenzio e vergogna, anch'esso avvertibile da chi sia addestrato a leggerlo, può essere efficacemente risolto con un approccio naturale, non troppo emotivo, che tolga appunto parte delle emozioni inibenti che strutturano il significato del pudore. Un'analogia: se l'atto osservato dello spogliarsi appare un atto spontaneo, chi resiste a farlo tramuta spesso in un dissolvimento divertito la sua precedente resistenza.

Due atteggiamenti negativi, anche se soltanto sfumati,

sono invece la derisione del pudore o una vergogna che compare sottilmente anche nel terapeuta.

Accade talora che il paziente giunga ad affrontare bene il problema del silenzio e mostri al riguardo una chiara disposizione collaborativa, ma risulti poi incapace di ritrovare la via della comunicazione in modo autonomo. È questa, a nostro parere, la sola occasione in cui possa prospettarsi l'utilità di vere e proprie tecniche. In merito facciamo riferimento alle soluzioni presentate da Francesco Parenti nel volume «La psicologia individuale dopo Adler» (Astrolabio, Roma 1983). Senza trattarle in esteso, poiché appunto già descritte dall'Autore, ne citiamo alcune in sintesi:

- a) ricorso ad associazioni libere puramente percettive, mediante le quali il paziente possa evocare delle immagini non necessariamente conflittuali.
- b) invitare il paziente, dopo rilasciamento, a una regressione di età che solleciti ancora visualizzazioni temporalmente collocate
- c) sogni o fantasie simulati.

In conclusione introduciamo appena il tema del trattamento del silenzio davvero patologico, ossia con una componente autistica. In tali casi è assai utile abituare il paziente alla co-presenza del terapeuta, per un po' anche silenziosa, seguita da un pacato discorso dell'analista, tale da indurre un'atmosfera nella quale una comunicazione apparentemente a senso unico apra sottili canali anche nell'altra direzione. Ci riserviamo di affrontare in modo più esauriente l'argomento in altra sede.