

La relazione terapeutica

Nicola Lalli

1990

Due esempi: la tecnica ed il cerimoniale

Comincerò con il proporre due esempi paradigmatici: ci daranno la possibilità di formulare considerazioni preliminari abbastanza evidenti da permetterci di impostare correttamente il problema.

Un uomo ha un incidente d'auto: dall'urto frontale contro un albero, riporta modeste ferite ed uno stato di shock. Tre giorni dopo entra in coma: ricoverato in clinica, al neurochirurgo basterà un esame neurologico ed una TAC cerebrale per diagnosticare con certezza la presenza di un ematoma subdurale e quindi intervenire. In capo a qualche giorno il paziente riacquista pienamente il suo stato di salute, come dimostra la completa reintegrazione delle funzioni fisiche e psichiche. In una visita successiva, il neurochirurgo potrà constatare la normale evoluzione verso la guarigione.

Contemporaneamente, nella stessa città, a qualche centinaio di metri, una folla immensa è in attesa del guaritore. Vediamo cosa succede:

«Anche in questa sede peraltro, ma in modo anche più avvertibile, nel pronunciare le preghiere la voce di Milingo si svolge dapprincipio su un tono sommesso, poi giungendo alle formule del pubblico esorcismo, il tono si fa improvvisamente elevato fino al momento in cui si ode lanciare il suo grido contro spiriti maligni, malocchio, fatture, il demonio. La formula esorcistica viene ripetuta tre-quattro volte, inframmezzata ogni volta da una preghiera in tono sommesso. L'altalena dei toni, ora sommesso e fievole, ora esplosivo, sembra rispondere ad un preciso intento di galvanizzare il clima della assemblea. L'effetto è di sconvolgere provocatoriamente, in misura via via più penetrante, l'uditorio.

È in questa fase, infatti, che si riscontra, più di frequente, il fenomeno della caduta in crisi di convulsioni e di urla incontenibili, da parte di un crescente numero di partecipanti. Essi vengono frettolosamente prelevati, dall'organizzazione di soccorso, sollevati a spalle e portati fuori dalla sala. La pervicacia con la quale Milingo incentra l'intero culto sul tema della lotta contro gli spiriti e contro il demonio, pare corrispondere programmaticamente al fine di aprire una facile via per far uscire allo scoperto in forme violente, secondo lo schema preordinato della possessione diabolica, tensioni latenti, intime conflittualità represses e rimosse, frustrazioni contenute nel

chiuso più riposto della coscienza. Sembra di riconoscere, nella prassi comportamentale seguita dal leader del culto, nonché negli effetti che ne derivano a livello del pubblico, un implicito richiamo ai principi terapeutici in vigore nei culti di possessione afrini»¹.

Evidenti e fin troppo banali le notevoli differenze; ma se osserviamo con attenzione, notiamo anche qualche affinità non marginale. L'affinità più evidente consiste nel fatto che ambedue, il chirurgo ed il guaritore, si pongono come possibilità di rispondere ad una domanda di terapia-guarigione. Per il resto tutto sembra divergere: le modalità di intervento, il livello di relazione, l'oggetto della cura, il setting, ecc. Ma se analizziamo questi due esempi relativamente ai concetti di relazione e di terapia, possiamo fare alcune considerazioni.

Nel caso dell'intervento chirurgico, bisogna riconoscere che trattasi di intervento terapeutico, basato su di una tecnica molto specialistica e con una relazione interpersonale ridotta al minimo.

Nel caso di Milingo l'intervento è basato su di un cerimoniale, con una relazione interpersonale molto intensa e con un effetto di terapia, che al di là di eclatanti manifestazioni, è molto dubbio. Non escludo aprioristicamente che ci possano essere valenze terapeutiche, nel senso di trasformative; ritengo solo che, in questo contesto, esse sono imprevedibili ed inverificabili. Mentre il tecnico-terapeuta ha un preciso punto di riferimento teorico per evidenziare la guarigione (è il criterio della *restitutio ad integrum*), il guaritore non ha, e non può dare, alcun punto di riferimento teorico per evidenziare quanto fa.

Certamente questi sono due casi limite: da una parte un medico che attraverso una tecnica propone una terapia: dall'altra un guaritore che attraverso un cerimoniale propone una relazione intensa, ma dagli effetti spesso imponderabili ed imprevedibili.

Questi due esempi dimostrano che terapia e relazione non sono necessariamente ed automaticamente collegate. Può esserci un intervento terapeutico senza (o quasi) relazione, ed una relazione con dubitabili quanto aleatori effetti terapeutici. Quindi per arrivare a concettualizzare la relazione terapeutica, che evidentemente non si è data da sempre ed in maniera automatica, dobbiamo approfondire il concetto di terapia e quello di relazione.

Si potrebbe obiettare che tra guaritore e terapeuta non c'è alcuna somiglianza: certamente, oggi, questo dato è palese. Ma dobbiamo tener presente che, per lungo tempo, colui che si occupava delle malattie era esclusivamente il guaritore. Non solo: dobbiamo tener presente che nella medicina primitiva, accanto ad un aspetto sacro-cerimoniale, c'era anche un aspetto empirico-operativo che portava alla scoperta di sostanze o erbe che avevano un reale effetto

farmacologico.

Quindi queste due modalità, che oggi sembrano estremamente e chiaramente diverse, hanno convissuto a lungo e forse non casualmente.

La terapia

Da sempre, nella storia dell'uomo, è esistito un paziente, ovverosia uno che soffre, ed un medico, ovverosia uno che come indica la etimologia "medèri" riflette e cura. Se nel tempo la figura del paziente è rimasta piuttosto stabile, al contrario articolata e multiforme è stata la figura del medico che per costituirsi è dovuta passare attraverso quella dello stregone, del guaritore, dello sciamano. Ripercorrere questa storia ci porterebbe troppo lontano: pertanto mi limiterò a considerare la modalità del rapporto medico-paziente, come si è costituito negli ultimi due secoli, per evidenziare il modello della terapia, anche se questa, non sempre e non necessariamente ha coinciso con la relazione terapeutica.

Il rapporto medico-paziente

La domanda di terapia, per quanto si debba pensare che sia nata con la malattia stessa, concretamente si formalizza e si attua dal momento che comincia a crearsi una reale possibilità di risposta terapeutica.

È quello che storicamente è avvenuto, sia per quanto attiene alla terapia somatica che a quella psicologica. Quindi è inevitabile che, per definire la struttura basilare di una terapia, bisogna definire prima quali sono gli elementi fondamentali del terapeuta: la terapia è un concetto astratto se non c'è un terapeuta. E quali sono gli elementi primari che fondano un processo terapeutico?

Sono quelli che si definiscono elementi strutturali della terapia:

a) La teoria. Ovverosia il capire, spiegare, che viene da un sapere acquisito e trasmissibile: lo studio della fisiologia, della patologia, della semeiotica ecc. che attiene allo specifico della medicina.

b) La prassi. Ovverosia un modello operativo che discenda direttamente dalla teoria e quindi sia coerente e consequenziale alla teoria. La capacità di fare che, unita alla teoria, permette di formulare una prevedibilità del proprio operare. È fare, saper fare, sapere cosa si sta facendo.

c) L'interesse. Nasce da una partecipazione emotiva ed affettiva nei riguardi dell'uomo portatore di una malattia. Interesse che porta a curare, prendersi cura dell'altro; ma anche interesse per la ricerca e per una ulteriore conoscenza, mai disgiunta dall'interesse per il

paziente, e quindi sempre finalizzata. Questo è un dato fondamentale: infatti se si costituisce solo una situazione di interesse teorico ed astratto, se si perde di vista l'uomo, si cade nell'atteggiamento più antiterapeutico che esista.

In questo caso il paziente diventa un oggetto da studiare: sotto il camice del medico, compare il bambino perverso che rompe il giocattolo, non per curiosità, ma solo perché tanto ne avrà presto un altro.

d) L'etica. È la dimensione che permette di utilizzare il sapere nell'interesse dell'altro, e non ridurlo ad un potere strumentale ai propri bisogni.

Questi sono gli elementi strutturali che permettono al terapeuta di essere tale e di attivare quindi un processo terapeutico.

Abbiamo descritto gli elementi strutturali attinenti al terapeuta: ma bisogna tener presente che esiste un paziente con le sue angosce, le sue fantasie, i suoi bisogni, la sua teoria sulla malattia e soprattutto con le sue modalità di reazione sia al disturbo sia al rapporto. È da questo incontro che si stabilisce il processo terapeutico. Ma se il processo terapeutico si costituisce dall'incontro del medico con il paziente, esso può strutturarsi in modi diversi a seconda di una serie di elementi che definirò strutturanti perché delineano e condizionano le modalità terapeutiche.

Essi sono:

- a) tempo;
- b) scopi;
- c) strumenti;
- d) livello di regressione del paziente;
- e) rapporto psicologico medico-paziente;
- f) domanda del paziente;
- g) setting.

Sulla base di questi fattori possiamo distinguere tre diverse modalità di processo terapeutico: l'intervento tecnico, quello di sostegno e la relazione terapeutica.

Questi dati sono significativi, perché ci permettono di distinguere ed evidenziare ciò che attiene specificamente alla terapia, da quei fattori aspecifici, che sono insiti in ogni rapporto interpersonale valido.

Per ulteriori approfondimenti rimando al mio lavoro: *Psicoterapia: una nessuna centomila*².

A questo punto comunque per descrivere la relazione terapeutica,

ci manca l'altro termine del problema: ovverosia la relazione.

La relazione

È evidente che in ogni rapporto può esserci una valenza terapeutica, ma quello che rende possibile accertare gli effetti è la presenza di un modello teorico che specifichi e renda ragione dell'effetto terapeutico. La mancanza di una teoria e di una prassi, che sia coerente e consequenziale, rende ogni relazione, anche potenzialmente terapeutica, aleatoria ed inverificabile.

Certamente il guaritore, lo stregone, lo sciamano hanno agito e continuano ad agire modalità di rapporto che possono avere anche una certa efficacia, nel senso di indurre modificazioni positive e molto spesso la relazione che essi suscitano può essere assai intensa.

A. Huxley giustamente afferma:

«(...) la relazione tra indemoniato ed esorcista è probabilmente ancora più intima di quella tra psichiatra e nevrotico»³.

Questa citazione di Huxley può introdurci ad una riflessione, anche se molto sintetica, su una delle più antiche modalità terapeutiche basata esclusivamente sulla relazione: lo sciamanismo. Sia questa modalità che l'importanza delle dimensioni psichiche nella concezione della terapia e della malattia sono state ampiamente illustrate anche presso altre culture⁴.

La funzione sciamanica

«Uno studio accurato dello sciamanismo ci potrebbe condurre molto vicino a quello che fu l'inizio della scienza medica, in un periodo in cui la pratica della medicina era essenzialmente psicologica (...). Lo sciamanismo agisce in corrispondenza di quel sottile ed impalpabile confine in cui la psiche ed il corpo si influenzarono reciprocamente»⁵.

È quanto afferma A. Lommel al quale mi riferirò nel trattare questo argomento. Ma, aggiungerei, quello che stupisce sono le notevoli, sconcertanti analogie tra questa pratica e quanto può accadere attualmente, in una cultura completamente diversa, all'interno di una relazione terapeutica analitica.

La filosofia dello sciamanismo trae le sue origini dalla situazione di vita del paleolitico, quando l'uomo si trovava a combattere, e spesso a soccombere, nella lotta contro i proibitivi fattori climatici, ma soprattutto nello scontro con i grandi animali. Sembra che la caccia, con l'uccisione degli animali che, d'altro canto, rappresentano la fonte essenziale del sostentamento e quindi della sopravvivenza dell'uomo, abbia creato a quest'ultimo il primo conflitto. L'uomo doveva uccidere quello stesso oggetto da cui

dipendeva; è possibile che si sia angosciato di fronte alla previsione che gli animali uccisi ben presto sarebbero completamente spariti. Da questa dinamica, si sviluppa una concezione del mondo per cui si considera che ogni essere vivente sia costituito da una parte fisica e da una parte spirituale. Quello che veniva ucciso era la parte fisica, mentre lo spirito dell'animale continuava a vivere nell'aldilà.

«Il cacciatore primitivo inventa l'anima immortale e la vita eterna per poter dire che in realtà non si uccidono gli animali, ma soltanto i loro corpi, e che qualora le ossa vengano trattate nel modo giusto, gli animali possono sempre rinascere (...). Ed è da questa concezione che trae origine l'arte. La figura di un animale dipinto contiene la sua sostanza spirituale: attraverso l'immagine una specie animale può essere a piacere riportata o mantenuta in vita»⁶.

Ed è con questa concezione del mondo che si esplicita l'attività "terapeutica" dello sciamano. Ma lo sciamano, per arrivare ad essere tale, deve aver attraversato e superato una lunga penosa malattia spesso individuata, dagli antropologi, in gravi disturbi psicopatologici di tipo psicotico (depressione endogena o forse stati crepuscolari epilettici).

Questa lunga malattia vissuta drammaticamente, come essere sbranato e poi ricomposto dagli spiriti, si configura come un lungo apprendistato che, in una sorta di morte-rinascita, lo porterà ad una maturazione. L'essere stato a contatto con gli "spiriti" gli permetterà di acquisire un potere enorme che in termini più moderni, potremmo definire di conoscenza e controllo delle dimensioni emotive più profonde.

Emerge già qui una prima analogia: come lo sciamano, anche lo psicoterapeuta deve attraversare una lunga fase di apprendistato, e sulla propria pelle, per giungere ad una maturazione emotiva che gli permetterà di accedere al mondo sconosciuto dell'inconscio (l'aldilà dello sciamano). Superato questo apprendistato, lo sciamano è pronto a guarire. Ma in che modo? Attraverso elaborati e creativi cerimoniali che fanno dire a A. Lommel:

«Eppure dovrebbe essere abbastanza chiaro che soltanto una intensa attività artistica può permettere allo sciamano di vincere la malattia. Quella dello sciamano è dunque una attività artistica che consiste nel mimare, cantare, danzare, dipingere, costruire maschere che rappresentano gli "spiriti amici" ed indossarle, il che equivale a trasformarsi in essi»⁷.

Emergono due altre analogie. L'attività terapeutica è fondamentalmente una attività artistica, cioè è creativa: è una continua invenzione-creazione-elaborazione, e non già la ripetizione di una tecnica o di un rito. Inoltre lo sciamano fabbrica maschere di "spiriti" e le indossa: anche qui sembra evidente l'analogia con la

capacità che deve avere l'analista di immedesimarsi o saper vivere i "fantasmi" o le fantasie del paziente. In questo senso sembra evidente la correlazione con le due attività fondamentali, secondo H. Kohut, per la psicoanalisi: l'introspezione e l'empatia. Lo sciamano inoltre trasmette ai compagni della tribù il potere acquisito attraverso l'induzione di stati di estasi, ovverosia di estrema comprensione e fiducia, che possono indurre stati di trance. Questo dato è confermato da un occidentale che ha vissuto direttamente una esperienza del genere. Racconta M. Konner⁸ che sicuramente molti fattori, quali l'iperventilazione respiratoria, l'ipoglicemia, la ripetitività del ritmo, possono indurre queste sensazioni di benessere fino ad arrivare a stati di alienazione di coscienza.

«Ma assai più di uno qualsiasi di questi fattori, ciò che mi rese possibile entrare in trance, sia pure nella limitatissima misura in cui mi accadde, fu la fiducia (...). In chi ebbi fiducia? In tutti: nelle donne, negli altri danzatori, negli apprendisti guaritori, nell'intera comunità, ma soprattutto nel mio maestro».⁸

Konner descrive una sensazione rapportabile ad un «sentimento oceanico di unione con il mondo», una esperienza estatica, ma sentita come pericolosa, perché al limite del proprio controllo. Solo la fiducia nel suo maestro gli dette la possibilità di lasciarsi andare.

Questo stato di estasi sembra essere molto simile a fenomeni in parte assimilabili, ma che saranno descritti solo recentemente: la passione sonnambulica di P. Janet ed il concetto di transfert positivo.

Ma un'altra capacità "terapeutica" dello sciamano si esplicita attraverso la capacità di poter distaccare dal proprio corpo lo spirito, il quale, così libero, può andare alla ricerca dello spirito malato del paziente. Questa capacità deve però essere usata con molta attenzione, perché egli è esposto ad un rischio:

«(...) ed infatti la loro credenza è che l'anima in uno stato sufficientemente profondo di trance, possa lasciare il corpo, e che tale dissociazione possa diventare permanente»⁹.

Quindi è evidente che l'esercizio della terapia comporta un rischio per il terapeuta stesso. Ed anche qui ritroviamo un'altra analogia: la cura analitica, essendo eseguita senza mediazioni, ma solo con la propria personalità, può comportare un rischio per il terapeuta. Ci viene alla mente, pur in una enorme distanza culturale, temporale e geografica, l'episodio di J. Breuer nei confronti di Anna O. Ma lo stato di trance ci apre a numerose ulteriori considerazioni.

La trance, vale a dire il processo attraverso cui si conferisce una forma alle immagini interne, viene sperimentata dallo sciamano come una comunicazione con gli spiriti; lo spostamento di livello di coscienza è interpretato come un "viaggio nell'aldilà". Per una

propria carenza di obiettività l'uomo primitivo (o l'uomo "posseduto", nel caso di una di queste manifestazioni iperattive) non è in grado di riconoscere "gli spiriti" come fenomeni emersi dalla propria psiche; essi gli appaiono come creature di un altro mondo che si impossessano di lui.⁸

Ma lo sciamano riproducendo, attraverso le maschere, questi spiriti, e poi indossandole, non solo rende visibile lo sconosciuto, ma comunica soprattutto la possibilità che questi "spiriti" possano essere manovrati e controllati.

Ulteriore analogia di estremo interesse. Lo sciamano in trance "attiva le sue immagini interne", il che sembra corrispondere esattamente all'attività dell'analista che deve trasformare le parole e le emozioni del paziente "in sue immagine interne", per poi poterle riproporre e farle conoscere al paziente come sue dimensioni, attraverso le parole dell'interpretazione.

Questo stato di trance è molto significativo per due motivi.

Da una parte esso è espressione di una attivazione di un substrato somatico, probabilmente del sistema limbico o delle strutture del midollo allungato e quindi ci propone, in maniera evidente, l'esistenza di un nesso continuo tra soma e psiche e l'importanza della globalità psicosomatica sia del terapeuta che del paziente.

Dall'altra parte questo stato di trance viene utilizzato per attivare dinamiche affettive estremamente intense, ma anche per cogliere ed elaborare il conflitto. Vediamo cosa succede presso la tribù Kung.

«Una giovane donna ebbe un grave attacco di malaria mentre partecipava alla veglia funebre del padre, un uomo di mezza età. Il guaritore incaricato di curarla entrò in una profonda trance, durante la quale la sua anima uscì dal corpo, e viaggiando nel mondo degli spiriti incontrò per via il padre che reggeva sulle braccia l'anima della figlia. Dopo una lunga discussione, il guaritore aveva convinto il padre che il bisogno che la figlia aveva di restare in vita sulla terra, prevaleva sul bisogno che egli aveva di lei e sul suo inconsolabile cordoglio. Così aveva restituito alla vita ed alla salute l'anima della donna. Qualche giorno più tardi erano completamente spariti in lei i gravissimi sintomi della febbre e dei brividi»¹⁰.

È difficile fare ipotesi, ma sembra che l'aver evidenziato, drammatizzato e risolto un probabile conflitto inconscio della figlia nei confronti del padre possa aver aiutato questa donna ad attivare la sue difese biologiche nei confronti della malaria.

In questi rapidi cenni sulla funzione sciamanica, emergono le numerose, a volte strabilianti, affinità con l'attività psicoanalitica: dico strabilianti perché si tratta di metodologie appartenenti a culture profondamente diverse. L'attivazione delle immagini interne dello

sciamano come possibilità di capire e rispondere, l'attività terapeutica come continuo processo creativo ed inventivo, la possibilità di far riappropriare il paziente di conflittualità rimosse e proiettate, la terapia come messa in gioco e rischio per il terapeuta. L'unico dato non concordante, come vedremo, è l'uso della trance come L'unico dato non concordante, come vedremo, è l'uso della trance come metodica che invece deve essere sostituita, nella relazione terapeutica, da un clima di empatia-investimento libidico.

Quindi è evidente che da sempre la relazione interpersonale è stata utilizzata per fini terapeutici; ma il primo vero tentativo di comprenderne l'importanza, capirne le cause, codificarne l'uso, inizia con il magnetismo. Ed in effetti lo sciamanismo pur presentando impressionanti analogie con un processo analitico, non credo che si possa definire terapeutico nel senso sopra descritto, se per terapia intendiamo non solo una prassi, ma anche e soprattutto una teoria di riferimento, che rende la prassi logica e verificabile conseguenza e non agire inconsapevole.

Il magnetismo

Mesmer è il primo ad intuire l'importanza nella terapia del rapporto interpersonale, anche se attribuirà l'effetto ad un generico magnetismo.

Puysegur è il primo invece ad essere consapevole ed ad affermare con chiarezza l'importanza del rapporto, la sua efficacia, ma anche i suoi rischi: la terapia si basa sulla relazione.

Il concetto di reciprocità magnetica aprirà la strada al concetto di transfert-controtransfert. J. Braid oscurerà questa chiarezza e, riducendo l'importanza del rapporto a favore del concetto di autoinduzione e quindi della prevalenza dell'attività del S.N.C. del paziente, arriverà al concetto di ipnosi.

Così definito, ma anche in parte così amputato, il magnetismo diventerà più accetto alla comunità scientifica: l'ipnosi comunque si affermerà sminuendo le intuizioni dei magnetizzatori. P. Janet infine si soffermerà a descrivere non solo l'importanza del rapporto, ma anche la capacità del paziente. L'ipnotizzato, egli sostiene, può spesso cogliere aspetti molto reconditi dell'ipnotizzatore, il che vuol dire che la terapia non è solo una tecnica, ma avviene attraverso le valenze cosce ed inconscie del paziente e del terapeuta.

Egli propone inoltre una teorizzazione dell'ipnosi. L'ipnosi è dovuta ad una sorta di allucinazione negativa (ovverosia scotoma) su tutto ciò che non riguarda l'ipnotizzatore. Descrivendo la passione sonnambulica, pone il problema della possibile dipendenza dell'ipnotizzato, ma anche i rischi e le responsabilità

dell'ipnotizzatore. Questo campo di ricerca sarà soprattutto privilegiato nel campo della psicoterapia, ma investirà comunque anche il campo del rapporto medico-paziente in genere. Bisognerà quindi approfondire sempre di più la complessità e la vastità dei fattori che entrano in gioco in una relazione, soprattutto quando l'oggetto di questa relazione è una richiesta di terapia.

La richiesta di terapia contiene varie richieste: la più ovvia è quella di una cura valida per bloccare la malattia. Ma non solo: c'è una richiesta di speranza ed una, spesso inconscia, di poter recuperare quella stima di sé che ogni malattia altera e diminuisce. Una malattia, reale o fantasmatica, costituisce sempre una ferita narcisistica più o meno grave: non è un caso che la reazione più frequente alla malattia sia la depressione. Il paziente quindi, proprio nel suo essere tale, propone una relazione che l'aiuti a "curare" il suo narcisismo ferito: stabilisce cioè una relazione narcisistica. Questa richiesta deve essere accolta da parte del terapeuta: e questi deve farlo in maniera consapevole, senza porsi in una situazione narcisistica complementare. Intendo per situazione narcisistica complementare quella che stabilisce il terapeuta allorché la richiesta di terapia non sollecita il suo interesse-empatia, ma il bisogno di fare terapia come supporto per mantenere o aumentare il proprio narcisismo. Preferisco definire questa relazione come complementare, anziché simmetrica, perché in effetti non si tratta di una situazione speculare. Mentre il narcisismo nel paziente è ferito e chiede di essere "curato", il narcisismo del "guaritore" deve solo essere mantenuto o aumentato. Non a caso uso il termine "guaritore" perché proprio quanto più questa relazione si innesca, tanto più il terapeuta assume il ruolo di guaritore.

Comunque quando questa relazione narcisistica complementare viene agita, è possibile che si presentino eventi positivi, anche se temporanei, che potremmo definire terapeutici. Ed è quanto accade nei rituali, nei cerimoniali, nella funzione sciamanica, nel rito di Milingo ecc. .

Per il paziente sapere che tutto un gruppo partecipa alla sua malattia, che lo sciamano rischia la sua anima per andare alla ricerca di quella del paziente, il sentire insomma che ci si occupa di lui, è di per sé un fattore di miglioramento, perché sicuramente alimenta la speranza ed in qualche modo tampona la ferita narcisistica. Dall'altra parte, per il guaritore il sentirsi investito e riconosciuto da tutto il gruppo nella sua funzione di autorità e di potere, aumenta la sua dinamica onnipotente-narcisistica.

In questi casi possiamo osservare modificazioni interpretabili anche come dovute a una terapia, se non ci fossero alcuni aspetti negativi e neganti un reale processo terapeutico.

Il primo è che il tutto viene agito e quindi non c'è alcuna possibilità di capire e di teorizzare quanto accade: il rito, il cerimoniale non diventa mai un sapere, se non ad un osservatore che ha gli strumenti per decodificare quel comportamento. Il secondo è che una relazione così costituita rimane immutata nei secoli: non esiste alcuna possibilità di evoluzione. Nulla di singolare quindi che Milingo, in pieno Duemila, in una grande metropoli, possa agire lo stesso cerimoniale che si è strutturato migliaia di anni fa presso tribù africane.

Infine, in questa situazione si crea un legame che non ha alcuna possibilità di essere sciolto e di evolvere.

Una richiesta di terapia può quindi innescare una reazione narcisistica complementare da parte del medico, e quando questo avviene la differenza fra terapeuta e guaritore risulta molto ridotta. È necessario, al contrario, che il terapeuta si ponga in una situazione empatica e quindi asimmetrica. E questo sarà tanto più possibile, quanto più il terapeuta, oltre ad essere possessore di una teoria e di una prassi specifica, abbia raggiunta una sua ben precisa identità che gli permetterà di mettersi in gioco e recuperare le angosce proiettive del paziente, senza però né agirle né farsene invischiare. In questo modo egli può empaticamente lenire la ferita narcisistica del paziente: ovverosia riconoscere ed accettare le angosce del paziente il che vuol dire che egli si prende cura ancor prima di curare. Il terapeuta quindi può anche farsi "possedere" momentaneamente dal paziente, senza scadere però nel rito dell'esorcismo o, per contrapposizione, nella difesa razionalizzante.

In questo modo la relazione terapeutica conduce inevitabilmente il paziente ad una maturazione ed evoluzione; e questo è valido non solo per la psicoterapia, ma per la terapia in genere.

La relazione terapeutica

Abbiamo avuto modo di constatare l'importanza della relazione nella terapia: ma questa relazione deve essere ben precisa. Cioè, una relazione empatica da parte del terapeuta che accolga le richieste di terapia anche quelle narcisistiche non per gestirle, ma per aiutare il paziente a superarle. A questo punto possiamo ritornare a considerare i fattori strutturali della terapia per vedere come essi debbano organizzarsi per dar luogo ad una relazione terapeutica. In questo contesto, ricordo la mia proposizione che possono esserci tre modelli di intervento terapeutico: l'intervento tecnico, l'intervento di sostegno e la relazione terapeutica propriamente detta. La relazione terapeutica, può essere divisa in due sottogruppi che si diversificano solo per il diverso oggetto della terapia. Il primo si riferisce alla patologia organica o prevalentemente organica, il secondo ad una

patologia psichica.

Relazione terapeutica medica

È quella che si instaura (o si dovrebbe instaurare) in tutte le situazioni acute o subacute di malessere caratterizzate dalla tendenza, sia del medico che del paziente, di arrivare ad un superamento del disturbo. Essa si differenzia dalla relazione terapeutica di sostegno, come vedremo successivamente le caratteristiche della relazione terapeutica medica sono le seguenti.

a) Tempo. Il tempo è sempre determinato. Può andare da periodi brevi a lunghi, ma c'è sempre una precisa tendenza a terminare il rapporto: in questo senso non si tende alla cronicizzazione.

b) Scopo. Lo scopo fondamentale è il superamento della malattia non solo con l'attuazione di una precisa terapia su base eziologica, ma anche per la tendenza a stimolare nel paziente adeguate risposte di reazione. Sul piano psicologico, è necessaria l'integrazione di questa esperienza nella vita del paziente, evitando quindi processi di negazione o di rimozione, facendo sì che la malattia possa costituire una esperienza significativa per il paziente in ordine alla sua ulteriore crescita.

c) Strumenti. Oltre a quelli specifici della metodologia medica, il terapeuta cerca di stimolare nel paziente adeguate risposte biologiche e psichiche alla malattia.

d) Livello di regressione. Certamente pur partendo da un livello di dipendenza, questa deve essere superata per far giungere il paziente ad una situazione di riconquistata autonomia.

e) Rapporto psicologico medico-paziente. È molto importante. È chiaro che in questo caso il medico deve avere ben precise conoscenze non solo delle dimensioni psicologiche in genere, ma soprattutto della sua equazione personale che, se ben gestita, può rappresentare un fattore terapeutico di non secondaria importanza. Essa è basata su di una situazione di empatia e soprattutto su di un interesse del medico oltre che per il paziente come malato, anche per il paziente come individuo.

f) Domanda del paziente. La domanda è sempre ben precisa; si tende, in questa modalità, verso una situazione di alleanza terapeutica.

g) Setting. Molto preciso e definito.

Relazione terapeutica psicologica: la psicoterapia

Essa si attua attraverso modalità ben precise e codificate che

hanno comunque i seguenti punti in comune:

a) Tempo. Esso può essere abbastanza lungo, ma comunque determinato: vale a dire non c'è la tendenza a cronicizzare il rapporto.

b) Scopo. È quello di arrivare ad una modificazione sostanziale del comportamento del paziente, anche se non sempre è possibile attivare una terapia eziologica. Comunque non si è interessati al sintomo, se non come indice rivelatore di un malessere più profondo. La psicoterapia ha lo scopo fondamentale di fornire al paziente una autonomia sempre maggiore. Inoltre il disturbo, la crisi, il malessere devono essere elaborati ed integrati nel vissuto globale del paziente, il quale deve giungere ad una situazione che gli permetterà di attivare proprie capacità personali per affrontare ulteriori future situazioni traumatiche.

c) Strumenti. Gli strumenti sono quelli specifici delle varie psicoterapie. Possiamo dire che i principali sono: la spiegazione, il collegamento, l'interpretazione, la ridefinizione, la frustrazione con interesse.

d) Livello di regressione del paziente. La regressione è certamente presente, ma non si tende ad accentuarla eccessivamente. Eccezione alla regola dovrebbe essere la nevrosi di transfert. Ma è tutto da vedere se questa regressione sia effettivamente terapeutica.

e) Rapporto psicologico medico-paziente. È fondamentale anzi possiamo dire che tutta la terapia è centrata proprio sulla interazione interpersonale. Certamente ci sono livelli diversi di profondità che vanno dall'atteggiamento dell'analista "presente" a modalità più distaccate come per esempio nella terapia cognitivo-comportamentale.

f) Domanda del paziente. Essa viene sempre elaborata e ridefinita, nel senso che va dato un senso preciso alla domanda del paziente. Anzi potremmo dire che parte della psicoterapia può essere proprio centrata su questa problematica, aumentando la capacità del paziente di porre e di porsi domande valide.

g) Setting. Sempre molto preciso e definito.

Questi due modelli sono abbastanza simili, solo che il primo è più specifico di una relazione terapeutica quando c'è un disturbo organico o prevalentemente organico, il secondo invece quando la relazione è chiaramente psicoterapeutica.

La terapia psichiatrica può oscillare tra questi due estremi a seconda che si privilegi una terapia psicofarmacologia o una relazione psicoterapeutica.

Ma accanto alla relazione terapeutica che presenta caratteristiche,

come abbiamo visto, ben precise, esiste anche una relazione che potremmo chiamare più propriamente relazione di sostegno e che coincide con quella che comunemente viene definita assistenza.

Vedremo brevemente come essa si differenzia dalle due precedenti.

Relazione terapeutica di sostegno (assistenza)

La relazione terapeutica di sostegno presenta le seguenti caratteristiche.

a)Tempo. Esso non può essere predeterminato perché in genere si svolge nell'arco di anni anche se il rapporto concreto con il medico può essere saltuario. C'è una tendenza alla cronicizzazione del rapporto.

b) Scopi. Lo scopo fondamentale è quello di migliorare lo status del paziente, ma soprattutto aiutarlo a convivere con il proprio disturbo. In altri termini il paziente deve pian piano diventare medico di se stesso.

c)Strumenti. A parte quelli specifici della metodologia medica, in questo caso intervengono in maniera specifica fattori di natura psicologica. Possiamo dire che il medico, più o meno saggiamente, utilizza strumenti suggestivi, pedagogici e metodi più o meno autoritari.

d)Livello di regressione del paziente. In questo caso il livello di regressione è diverso: infatti non si instaura una situazione di passività quanto piuttosto di dipendenza che spesso è sostenuta dal comportamento del medico che tende a gestire il rapporto medico come rapporto di autorità.

e)Rapporto psicologico medico-paziente. E' sempre presente, può variare, ma è comunque improntato ad una dinamica relazionale ben precisa simile a quella che si costituisce tra un adulto ed un bambino. Il medico è colui che sa e che può, il paziente è quello che deve imparare e sottostare.

f)Domanda del paziente. E' in genere piuttosto chiare ed esplicita, il paziente vuole cercare di convivere alla meglio con il proprio malessere che è o può essere vissuto come cronico.

g)Setting. Il setting è estremamente variabile sia per il tipo di disturbo che per le modalità di relazione medico-paziente.

Conclusioni

I due esempi riportati all'inizio del lavoro, nella loro contemporaneità spaziale e temporale, testimoniano in maniera evidente ed inequivocabile la scissione: da una parte la terapia senza rapporto, dall'altra il rapporto senza terapia. Il chirurgo ha praticato un intervento che deve essere definito terapeutico: egli possiede una teoria fisiopatologica ben precisa ed una tecnica coerente e conseguente alla prima, che gli hanno permesso di diagnosticare e di operare, sapendo in ogni momento cosa faceva e cosa avveniva, prevedendo non solo ogni ulteriore mossa, ma anche la possibilità di eventuali emergenze. Inoltre il concetto di restitutio ad integrum, permette di inquadrare questa terapia entro precisi termini di riferimento. Ma questo intervento, essendo mancata ogni relazione interpersonale, è una terapia parziale. Ipotizziamo infatti che il soggetto di cui sopra non abbia avuto casualmente l'incidente, ma che questo sia stato determinato da un comportamento suicidario: in questo caso la mancanza di una relazione porterà ad una mancata evidenziazione del dato psicopatologico e quindi alla impossibilità di un ulteriore, più globale intervento. Cosa non da poco se pensiamo che un secondo tentativo suicidario, questa volta riuscito, vanificherebbe completamente la pur rigorosa arte del chirurgo.

Il guaritore, invece, investitosi ed investito di un potere carismatico, ha cercato di dare una risposta a tensioni latenti: intime conflittualità, represses o rimosse, frustrazioni contenute nel chiuso più riposto della coscienza.

Il cerimoniale può innescare aspetti che potremmo definire terapeutici, nel senso di temporanee variazioni o miglioramenti dovuti però a fattori aspecifici. Gli elementi aspecifici sono collegati a due fattori: cioè il prendersi cura e dare una spiegazione (o anche solo un nome) ai malesseri. È evidente che questi fattori aspecifici (molto simili all'effetto placebo) possono avere influenza su disturbi funzionali, ma ben difficilmente potrebbero agire su disturbi organici. Gli aspetti negativi di questa situazione sono però ben maggiori dei pochi aspetti positivi. Non c'è nessuna teoria e nessuna conoscenza: il tutto è agito tanto che il cerimoniale può ripetersi all'infinito. Non c'è alcuna possibilità evolutiva per gli adepti: essi non possono che rimanere sempre tali. Inoltre l'aver dato corpo e nome alle proiezioni del paziente, se momentaneamente può avere un effetto catartico, in genere crea più problemi di quanti non ne risolve. D'altronde finché continuerà ad esistere una scissione tra l'aspetto somatico e quello psichico, fin quando esisterà una terapia senza relazione, inevitabilmente continueranno ad esserci relazioni, che pur cercando di dare risposte al paziente, saranno relazioni senza terapia.

Quindi evidentemente per poter definire una situazione come relazione terapeutica occorrono dei parametri ben precisi. A rischio

di essere schematico credo si possano riassumere nei seguenti punti:

a) La domanda del paziente deve essere compresa sia sul versante somatico che su quello psichico.

b) La domanda di terapia implica, oltre che una richiesta di cura, anche un aiuto per la propria ferita narcisistica: questa domanda non può essere né negata né ipertrofizzata.

c) Il terapeuta, per essere tale, deve possedere una teoria precisa, codificata, verificabile ed una prassi che ne sia logica e coerente conseguenza.

d) Il terapeuta deve aver superato problematiche d'identificazione con il paziente ed aver raggiunto una sua precisa identità. Tutto questo è chiaro ed incontrovertibile fin quanto la richiesta di terapia riguarda una patologia organica o prevalentemente organica. Oppure una situazione psichiatrica in senso lato.

Il problema diventa più articolato quando ci si trova di fronte ad una situazione che comporta una relazione specificatamente psicoterapeutica. Infatti la psicoterapia si basa esclusivamente sulle dimensioni personali del terapeuta ed è evidente che la empatia, la comprensione, l'identità del terapeuta diventano fattori essenziali: perché il terapeuta è tale nella misura in cui mette in gioco la sua personalità nel rapporto con il paziente.

Da questo ampio excursus emerge l'opportunità di scindere "la relazione terapeutica" in due entità che sono la relazione e la terapia, per cercare infine di trovarne una ragionevole connessione. Comunque è evidente che la terapia non può essere considerata come una situazione di tutto o nulla: come nella crescita e nell'apprendimento, esistono vari gradi.

L'abilità del terapeuta sarà quella di creare una situazione che comporti non solo la cura, ma anche la maturazione del paziente. In questo senso la relazione terapeutica si costituisce nel momento in cui il curare ed il prendersi cura del paziente, avvengono attraverso una attività creativa che permette non solo la crescita del paziente, ma anche una ricerca del terapeuta. In questo senso il terapeuta si pone al servizio (θεραπευο=servire) non solo del paziente, ma anche della ricerca.