

La psicoterapia: considerazioni generali

Nicola Lalli, © 1989 © 2005 su web

1. Considerazioni generali

La psicoterapia è una relazione che si instaura tra un terapeuta ed un paziente ed ha come scopo l'autoconoscenza, la messa in discussione ed il cambiamento della struttura psicopatologica del paziente.

La relazione terapeutica coinvolge aspetti emotivi, affettivi, cognitivi e relazionali dei partecipanti. Alcuni di questi aspetti possono essere più o meno privilegiati il che comporta modalità diverse di psicoterapia: diversità che deriva anche da una teoria e una prassi ed un training di formazione diversi.

La psicoterapia utilizza prevalentemente la comunicazione verbale: può essere duale o di gruppo, a tempo determinato o indeterminato. Comunque deve essere sempre presente, sia al terapeuta che al paziente, che la psicoterapia ha un termine che coincide, per il paziente, con la presa di coscienza dei suoi conflitti ed il superamento delle sue dinamiche psicopatologiche.

La psicoterapia non può essere imposta, ma deve essere sempre una libera scelta sia per il paziente che per il terapeuta.

La relazione terapeutica, intesa come scambio emotivo-affettivo, tra una persona che chiede un aiuto ed una persona che, in possesso di una teoria e di una prassi ben precisa è in grado di rispondere, costituisce la base di ogni relazione psicoterapeutica.

E' pertanto possibile distinguere due modalità di intervento psicologico che impropriamente vengono definite psicoterapia: le *tecniche psicologiche* di apprendimento o addestramento, nelle quali la relazione minima perché sostituita dal ruolo tecnico o pedagogico-autoritario del terapeuta e la *relazione psicologica di sostegno*, caratterizzata da un minor rigore teorico ed operativo e da un setting pressoché assente.

Fatte queste premesse, comunque un discorso generale sulla psicoterapia è operazione difficile ed oserei dire pericolosa: quale che sia l'impostazione che se ne dà, sarà sempre possibile criticare le posizioni prese, come omissioni, imprecisioni o comunque tendenza a privilegiare un modello rispetto ad altri. Problema centrale è se bisogna parlare di psicoterapia o di psicoterapie, ed in quest'ultimo caso, quali e quante forme diverse bisogna riconoscere. Ricerche, non molto recenti, hanno evidenziato che, solo negli USA, esistono circa 250 forme diverse di psicoterapia o perlomeno *diversamente denominate*: è evidente che seguire questo filone porterebbe ad un'operazione di natura inventariale di nessuna utilità.

Per orientarci in questo composito arcipelago denominato «psicoterapia», dobbiamo tener presenti due punti di riferimento. Il primo consiste nel postulare una indivisibilità della psiche, nel senso che esistono situazioni basilari del funzionamento psichico che prescindono da fattori sociali e culturali, e sono da attribuirsi quindi alla fondamentale struttura unitaria della psiche. Ma dobbiamo tener presente anche un secondo punto: cioè che in fondo tutto quello che succede intorno a noi interviene a formare, arricchire e a *disturbare* la nostra vita psichica, anche quando le cause possono essere poco evidenti e riconoscibili. Rimarrebbero quindi fuori dell'attività psichica solo le operazioni fisico-chimiche del nostro organismo; ma la conoscenza più approfondita del funzionamento del SNC, del sistema endocrino e di quello immunitario ci dimostra quanto stretti siano i legami tra soma e psiche: per cui è chiaro che, quando parliamo di attività psichica, praticamente parliamo della complessa globalità dell'uomo.

Ed è proprio questa *complessità* che rende comprensibile la presenza di approcci diversi; diversità che nasce dal privilegiare alcuni aspetti nei confronti di altri, fermo restando che le differenze non possono essere sostanziali dal momento che l'oggetto di studio e di intervento rimane, pur nella sua complessità,

unico. Quindi ritengo che possiamo definire la psicoterapia come una situazione basilare di intervento psicologico, che può presentare modificazioni e diversità. È importante quindi individuare quali sono gli elementi comuni e connotanti la psicoterapia, anche per poterla distinguere da altre prassi che psicoterapeutiche non sono. Operazione necessaria perché sul mercato dell'angoscia troppo spesso e troppo numerosi sono i venditori di fumo che scambiano le chiacchiere per parole, la seduzione per gratificazione, il proprio tornaconto per interesse nei confronti del paziente e la propria incapacità per resistenza del paziente.

2. Definizione della psicoterapia

Ho già dato all'inizio del capitolo una definizione abbastanza ampia e precisa. In questo momento può essere utile trovarne una più sintetica: direi che la psicoterapia è *una relazione terapeutica che utilizza strumenti psicologici*.

Pertanto ora dobbiamo esaminare questi tre parametri: *la terapia, gli strumenti psicologici e la relazione*. Alcuni elementi più specifici del rapporto medico-paziente e della relazione terapeutica sono stati descritti nel lavoro «La relazione terapeutica» a cui rimando (vedi sito www.nicolalalli.com).

Ma se la psicoterapia è una disciplina che nasce all'interno della metodologia medica, è pur vero che presenta differenze e variazioni notevoli che rendono necessario un discorso più ampio e particolareggiato.

3. La terapia

Da sempre nella storia dell'uomo sono esistiti un paziente, ovverosia uno che soffre, ed un medico, ovverosia uno che come dice la radice etimologica (*medéri*) 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; come vedremo, alcuni di questi aspetti possono essere ancora presenti nell'attività della psicoterapia in generale, di quella dinamica in particolare.

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 fondamentale di una terapia, bisogna definire anche quali sono gli elementi fondamentali del terapeuta: la terapia è un concetto astratto se non c'è un terapeuta. Cercherò quindi di definire sinteticamente quali sono gli elementi fondamentali che servono per costituire la figura del terapeuta.

3.1. Fattori strutturali

1) *La teoria*. La capacità di capire, spiegare, che viene da un sapere acquisito e trasmissibile: lo studio della fisiologia, della patologia, della semeiotica che attiene allo specifico della medicina come la psicologia e la psicopatologia attengono alla psicoterapia.

2) *La prassi*. Il modello operativo che deve discendere direttamente dalla teoria e quindi essere coerente e consequenziale alla teoria. La capacità di fare, che unita alla teoria permette di formulare una previsione del proprio operare. *È fare, saper fare e sapere cosa si sta facendo*.

3) *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 anti-terapeutico esiste. 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. I medici di Auschwitz insegnano.

4) *L'etica*. È la dimensione che permette di utilizzare il sapere per l'altro, e non ridurlo ad un potere strumentale per i propri bisogni. Non bisogna sottovalutare che spesso l'aspirazione a «curare» nasce da valenze ostili e sadiche, che rendono il «curare» un atto tendenzialmente riparativo; ed accanto a queste, spesso si trovano presenti dinamiche onnipotenti. Il tutto può essere evidenziato, frustrato e contenuto non solo da un corretto iter di studi ma anche da una terapia personale che evidenzia ed elimina le dinamiche sopra descritte.

Questi sono i fattori strutturali del terapeuta, che permettono a questi di essere tale e di attivare quindi un processo terapeutico.

3.2. Fattori strutturali

Abbiamo descritto i fattori *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 con le sue modalità di reazione al disturbo ed al rapporto. È da questo incontro che si stabilisce il processo terapeutico. Ma il processo terapeutico che si costituisce dall'incontro del terapeuta con il paziente può strutturarsi in modi diversi a seconda di una serie di fattori che definirò *strutturali*, perché delimitano 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.

Dall'interazione di tutti questi fattori si possono configurare tre diverse modalità di intervento terapeutico. Modalità che sono riscontrabili anche nel campo strettamente medico, dove abbiamo: l'intervento tecnico terapeutico (l'esempio più classico è l'intervento chirurgico); la relazione terapeutica di sostegno (l'esempio è costituito dall'ampio settore delle malattie croniche); la relazione terapeutica globale (N. Lalli, 1989b).

Analogamente, nel campo psicopatologico abbiamo tre modelli, che però non sono tutti definibili, come vedremo, come psicoterapia: infatti la psicoterapia corrisponde al modello di relazione terapeutica globale. Data l'alta specificità e l'importanza degli strumenti (voce c dei fattori strutturali) è necessario soffermarsi ad esaminarli.

3.3. Strumenti della terapia psicologica

Cercherò brevemente di elencare le caratteristiche fondamentali di ognuno di essi, sottolineando che mentre alcuni sono aspecifici, nel senso che possono essere presenti nelle varie modalità d'intervento psicologico, altri sono altamente specifici e connotano quella specifica modalità di intervento. Per

esempio, l'interpretazione è uno strumento specifico della psicoterapia psicodinamica, mentre i collegamenti-spiegazione attonano alle varie modalità psicoterapeutiche.

1) *Collegamenti-Spiegazione*. Dal momento che la psicoterapia fonda gran parte delle possibilità d'intervento sulla verbalizzazione, è evidente che la modalità del terapeuta di sottolineare ed evidenziare comportamenti, idee, emozioni, che dal paziente sono spesso totalmente misconosciute, rappresenta un fattore molto importante. Si collegano avvenimenti ed emozioni, si fornisce una cronologia degli avvenimenti, si cerca di spiegare al paziente i motivi o le motivazioni di certe sue modalità comportamentali. È un fattore usato prevalentemente, a volte esclusivamente, in una serie di modalità che vanno dalla terapia centrata sul cliente a tutta una serie di relazioni psicologiche di sostegno. In maniera non prevalente, è comunque uno strumento presente nella maggior parte delle psicoterapie.

2) *Ridefinizione*. È una spiegazione che si riferisce ad un livello di meta comunicazione e serve quindi ad introdurre un elemento nuovo nel sistema psicologico del paziente, elemento che porta alla messa in crisi dell'omeostasi del sistema stesso. È specifico della terapia sistemico-relazionale, ma è presente anche nella psicoterapia cognitiva.

3) *Interpretazione*. È anche essa una spiegazione-ridefinizione, ma si diversifica non solo perché attiene a livelli inconsci, ma soprattutto perché c'è una comunicazione semantica specifica che deve riuscire ad attivare e riunire le emozioni con la conoscenza. È lo strumento tipico della psicoanalisi e della psicodinamica.

4) *Abreazione*. È la possibilità di portare a livelli di consapevolezza, in maniera rapida e spesso traumatica, emozioni, conflitti o comunque complessi ideo-affettivi rimossi o repressi. È fattore terapeutico solo se utilizzato con estrema parsimonia, altrimenti diventa un fattore antiterapeutico. È utilizzato: o in situazioni di alterazione dello stato di coscienza (ipnosi), oppure in situazioni di gruppo.

5) *Suggestione*. Modalità che utilizza la dipendenza ed alterazioni dello stato di coscienza, per imporre all'altro idee, convinzioni, ordini. Comporta modificazioni tanto rapide quanto transitorie. È utilizzata prevalentemente nella terapia direttiva, nell'ipnosi, in alcune metodiche di sostegno. Tuttavia, non va sottovalutata l'eventualità che elementi di suggestione possano essere attivati anche in altre modalità psicoterapeutiche, come ad esempio la psicoanalisi.

6) *Atteggiamento pedagogico-autoritario*. Il terapeuta si pone come giudice-autorità indiscussa, e comunica al paziente ordini, direttive. È prevalentemente utilizzata nelle terapie di sostegno.

7) *Gratificazioni narcisistiche*. I bisogni di dipendenza, di deresponsabilizzazione, di essere accudito, vengono soddisfatti in un rapporto di *maternage*. È una modalità usata prevalentemente nelle relazioni psicologiche di sostegno e teoricamente non può essere considerata, se non in casi eccezionali, un fattore terapeutico.

8) *Frustrazione con interesse*. È l'opposto del precedente. I bisogni, le dimensioni regressive del paziente, vengono interpretate e quindi fondamentalmente rifiutate, mentre si gratificano le esigenze di chiarezza, di risposta e di crescita del paziente. È un fattore di estrema importanza, ma anche di estrema delicatezza, nel senso che la frustrazione deve essere posta in maniera chiara. Ovvero sia che il rifiuto è nei confronti della dimensione regressiva del paziente, non della sua persona.

9) *Regressione*. Tendenza a far assumere al paziente comportamenti ed emozioni di livello infantile. Si tende ad accentuare la dipendenza del paziente tramite un atteggiamento di non risposta e di frustrazione delle esigenze. L'esempio tipico è l'uso del lettino unito alla tendenza al silenzio da parte del terapeuta: certamente non è un fattore terapeutico. È vero che la situazione psicoterapica può stimolare tendenze regressive, ma queste andrebbero contenute e non incoraggiate.

4. La relazione

È evidente che ogni rapporto può veicolare una valenza terapeutica, ma ciò che rende possibile accertarne gli effetti è la presenza di un modello valido che specifichi e renda ragione dell'effetto terapeutico. La mancanza di una teoria e di una prassi coerente e consequenziale, rende ogni relazione, anche se parzialmente terapeutica, aleatoria ed inverificabile. Non a caso prima del terapeuta c'è stato il guaritore o lo stregone; e 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 in un climax emotivo spesso molto intenso.

A. Huxley giustamente afferma: «...la relazione tra indemoniato ed esorcista è probabilmente ancora più intima di quella tra psichiatra e nevrotico». Questa citazione di A. Huxley può indurci ad una riflessione, anche se molto sintetica, su una delle più antiche modalità terapeutiche, basata esclusivamente sulla relazione: lo sciamanismo.

4.1. 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 influenzano reciprocamente». È quanto afferma A. Lommel (1980), 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 psicodinamica.

La filosofia dello sciamanismo trae le sue origini dalle condizioni di vita nel paleolitico, quando l'uomo si trovava a combattere, e spesso a soccombere, nella lotta contro i proibitivi!attori climatici, e nella caccia ad animali di grossa taglia e feroci. Sembra che la caccia, con l'uccisione degli animali che d'altro canto rappresentavano 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 sarebbero ben presto completamente spariti.

Da questa dinamica si sviluppa una concezione del mondo che 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'animale 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 in modo giusto¹, 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»

¹ Trattate nel modo giusto vuol dire non spezzate: in questo modo l'animale lasciato intatto nel suo scheletro poteva ritornare dall'aldilà. Questo rito si ritrova presso le tribù della Mesopotamia nel sacrificio dell'agnello che avviene nel plenilunio di primavera e sempre con il tabù di non spezzare le ossa. Questo rito passerà direttamente nella Pasqua biblica come è riferito nel cap. 12 dell'Esodo. «Il 14 del mese di Nisan, ciascuno si prepari un agnello e, *senza spezzarne le ossa*, lo immoli al tramonto. Preso un po' del suo sangue lo si spalma sugli stipiti e sull'architrave delle case. Poi, con i fianchi cinti, i sandali ai piedi, il bastone in mano, se ne mangi la carne arrostita al fuoco, con azzimi ed erbe amare. È la Pasqua del Signore». Questo rito passerà poi nella Pasqua cristiana. È molto singolare che il sacrificio dell'animale «senza spezzarne le ossa» è come un filo rosso, che pur nelle notevoli variazioni segnala la connessione con la concezione della rinascita e della immortalità.

(A. Lommel, 1980). Ed è sulla base di questa concezione animistica 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 che è stata spesso diagnosticata dagli antropologi come grave disturbo psicopatologico di tipo psicotico (depressione endogena o forse stati crepuscolari epilettici). Questa lunga malattia, che comporta vissuti drammatici come essere sbranato e poi ricomposto dagli spiriti, configura 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 sua 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».

Emergono due altre analogie.

L'attività terapeutica è fondamentalmente una attività artistica, cioè 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 il terapeuta di immedesimarsi o di saper vivere i «fantasmi» o le fantasie del paziente. In questo senso sembra evidente la correlazione con quelle due attività fondamentali, secondo H. Kohut, per la psicoterapia: l'introspezione e l'empatia. Lo sciamano inoltre trasmette ai compagni della tribù il potere acquisito attraverso l'induzione di uno stato di *estasi*, ovvero di estrema comprensione e fiducia che possono condurre a stati di trance. Questo dato è confermato da un occidentale che ha vissuto direttamente una esperienza del genere. Racconta M. Konner² che molti fattori quali l'iperventilazione respiratoria, l'ipoglicemia, la ripetitività dei ritmi, 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 pur 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*». Konner descrive una sensazione rapportabile ad un «sentimento oceanico di unione con il mondo» esperienza estatica, ma sentita anche 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 sono avvenuti in altri contesti: come la passione sonnambolica descritta da P. Janet (vedi P. Janet "La passione sonnambolica" sempre sul sito www.nicolalalli.com).

Ma un'altra capacità «terapeutica» dello sciamano si esplicita attraverso la capacità di poter distaccare dal proprio corpo lo spirito, il quale libero può andare alla ricerca dello spirito malato del paziente.

Ma questa capacità deve 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» (M. Konner).

Quindi è evidente che l'esercizio della terapia comporta un *rischio* per il terapeuta stesso. Ed anche qui ritroviamo un'altra analogia: che la psicoterapia, essendo eseguita senza mediazioni, ma solo con la propria personalità, può comportare un rischio per il terapeuta. Viene alla mente, pur in una enorme distanza culturale, temporale e geografica, l'episodio di J. Breuer nei confronti di Anna O. ("Il caso Anna O." in "Freud al lavoro" sempre sul sito).

Ma lo stato di trance ci induce a numerose ulteriori considerazioni.

«La trance, vale a dire *il processo attraverso cui si conferisce una forma alle immagini interne*, viene sperimentato 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» (A. Lommel, 1980). Ma lo sciamano riproducendo, attraverso le maschere, questi spiriti, 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». Cosa che sembra corrispondere esattamente all'attività del terapeuta che deve trasformare le parole e le emozioni del paziente «in sue immagini interne», per poi poterle riproporre e farle riconoscere al paziente come sue dimensioni, attraverso le parole dell'interpretazione.

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

«Una giovane madre 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 la 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» (M. Konner).

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

In questi rapidi cenni sulla funzione sciamanica emergono le numerose, a volte strabilianti, affinità con l'attività psicoterapeutica: dico strabilianti perché si tratta di metodologie appartenenti a culture profondamente diverse. L'attivazione delle immagini interne come possibilità di capire e rispondere, l'attività terapeutica come continuo processo creativo ed inventivo, la possibilità di far riappropriare al paziente conflittualità rimosse, la terapia come messa in gioco e rischio per il terapeuta. 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 e di 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, pur presentando lo sciamanismo impressionanti analogie con il processo terapeutico, non credo che lo si possa definire terapeutico nel senso sopra descritto. Cioè se per terapia intendiamo non solo una prassi, ma anche e soprattutto una teoria di riferimento, che struttura la prassi facendole acquisire i caratteri della metodicità e controllabilità e non più un agire inconsapevole e ripetitivo.

4.2. 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 e 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 SNC del paziente, arriverà al concetto di ipnosi. Così definito, ma anche in parte così amputato, il magnetismo diventerà più accettabile ed accettato dalla comunità scientifica: l'ipnosi comunque si affermerà solo 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 inconse 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 la responsabilità dell'ipnotizzatore. Questo campo di ricerca sarà soprattutto privilegiato nel campo della psicoterapia, ma investirà 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.

4.3. Considerazioni psicodinamiche sulla relazione

La domanda di terapia contiene varie richieste: la più ovvia è quella di una cura valida per bloccare il male. Ma non solo: c'è una richiesta di speranza ed una, spesso inconscia, di poter recuperare quella stima di sé che ogni malattia lacera e diminuisce. Una malattia, reale o fantasmatica, costituisce sempre una ferita narcisistica più o meno grave: ma non è un caso che la reazione più frequente alla malattia somatica 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 relazione *deve* essere accettata dal 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 nel paziente il narcisismo è ferito e chiede di essere «curato», il narcisismo del «guaritore» chiede di essere mantenuto o aumentato. Non a caso uso il termine «guaritore» perché quanto più questa relazione si innesca, tanto più il terapeuta assume il ruolo di guaritore.

Tuttavia, quando questa *relazione narcisistica complementare* viene agita, è possibile che possano presentarsi nel paziente eventi positivi, anche se temporanei: ed è quanto accade nei rituali, nei cerimoniali, nella funzione sciamanica. Per il paziente sapere che tutto un gruppo partecipa alla sua malattia, che lo sciamano rischia il proprio spirito per andare alla ricerca del suo, 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 che sarebbero interpretate anche in senso di 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 2000, in una grande metropoli, possa eseguire 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 quindi di evolvere.

Una richiesta di terapia può quindi innescare una *relazione narcisistica complementare* da parte del terapeuta, ma quando questo avviene la differenza tra 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 raggiunto una sua ben precisa identità che gli permetterà di mettersi in gioco, per recuperare le angosce proiettive del paziente, senza però né agirle né farsi 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.

5. Fattori strutturanti e relazione

Dopo aver esaminato il concetto di relazione che è fondamentale in psicoterapia, dobbiamo esaminare come i fattori strutturanti, con particolare riferimento agli strumenti psicologici, si integrano tra di loro e come, ma non sempre e necessariamente, si stabilisce una relazione terapeutica. Infatti, come vedremo, possiamo evidenziare all'interno della dizione «psicoterapia» le tre seguenti modalità operative che si diversificano tra di loro non solo sulla base di un diverso uso dei fattori strutturanti, ma anche per la specificità degli strumenti psicologici impiegati:

- 1) tecniche psicologiche di apprendimento o di addestramento;
- 2) relazione psicologica di sostegno;
- 3) relazione psicologica terapeutica o psicoterapia.

5.1. Tecnica psicologica di apprendimento o di addestramento

Si attua attraverso varie tecniche psicologiche che presentano le seguenti caratteristiche comuni:

- a) tempo: esso è ben definito ed in genere breve. da qualche settimana a qualche mese;
- b) scopo: è prevalentemente sintomatico ed è rivolto alla diminuzione o eliminazione non del fattore patogeno, ma del sintomo indesiderato;
- c) strumenti: fondamentalmente sono la *suggestione*, *l'atteggiamento pedagogico-autoritario*, a volte *l'abreazione*;
- d) livello di regressione del paziente: è sempre presente e può andare da un massimo - come l'ipnosi - ad un minimo come nel training autogeno;
- e) rapporto psicologico medico-paziente: in genere il terapeuta si pone come un tecnico, quindi con modalità asettiche, mantenendo sempre un atteggiamento distaccato;
- f) domanda del paziente: in genere è una domanda basata sul sintomo e non c'è alcuna attività da parte del terapeuta nel ridefinire la domanda;
- g) setting: abbastanza preciso e ben definito.

Questa modalità corrisponde a varie tecniche psicologiche di intervento, caratterizzate dagli elementi sopra descritti e nelle quali gli strumenti sono basati sulla dinamica dell'apprendimento e sulla suggestione.

Possono essere incluse in questa modalità le seguenti «psicoterapie»: training autogeno; tecniche di rilassamento in genere; tecniche di desensibilizzazione; biofeedback; alcune modalità della terapia comportamentale; molte tecniche basate sull'ipnosi; alcune «psicoterapie brevi», ecc.

5.2. Relazione psicologica di sostegno

Si attua attraverso varie tecniche psicologiche che presentano le seguenti caratteristiche comuni:

- a) tempo: non è determinabile. In genere si svolge nell'arco di anni, anche se il rapporto; può essere saltuario. C'è una tendenza alla dipendenza e quindi alla cronicizzazione del rapporto;
- b) scopo: quello fondamentale è aiutare a ridurre il disturbo, ma soprattutto aiutare il paziente a convivere ed adattarsi al proprio disturbo;
- c) strumenti: sono vari e variamente usati. Essi possono andare da momenti in cui prevale l'atteggiamento di *spiegazione*, a momenti in cui invece si utilizza la *suggestione*, fino a tecniche di *abreazione*. Ma fondamentalmente il filo rosso è l'atteggiamento pedagogico-autoritario;
- d) livello di regressione del paziente: il paziente viene mantenuto sempre ad un livello di dipendenza, più o meno profonda;
- e) rapporto psicologico medico-paziente: è sempre presente, a volte molto personalizzato. Ma questo non vuol dire che si arrivi a livelli di interpretazione del vissuto fantasmatico del paziente nei confronti del terapeuta, che mantiene invece sempre un suo ruolo ben definito, mai messo in discussione;
- f) domanda del paziente: è molto varia, ma in genere è sintomatica. La domanda non viene mai ridefinita, ma accettata, anche se con il tempo la domanda può cambiare;
- g) setting: molto variabile ed indefinito; inoltre può cambiare durante il corso della relazione.

Possono essere incluse in questa modalità tutte quelle «psicoterapie» cosiddette di sostegno che vanno da un appoggio ad una modalità basata sull'atteggiamento pedagogico-autoritario o suggestivo.

5.3. Relazione psicologica terapeutica: psicoterapia

Si attua attraverso modalità ben precise e codificate che hanno i seguenti punti in comune:

- a) tempo: esso può essere abbastanza lungo, comunque è sempre insito il concetto di un tempo 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. Infine, la psicoterapia ha come scopo fondamentale quello di fornire al paziente una autonomia sempre maggiore. Inoltre il disturbo, la crisi, il malessere del paziente 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 eventuali future situazioni traumatiche;
- c) strumenti: gli strumenti sono quelli specifici delle varie psicoterapie. Possiamo dire che gli strumenti 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 costituita dalla 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 dello psicoterapeuta «presente» a modalità più distaccate, come per esempio nella terapia cognitivo-comportamentale o di neutralità completa come nella psicoanalisi;
- 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, nel senso che deve migliorare la capacità del paziente di porre e di porsi domande valide;
- g) setting: sempre preciso e definito.

Sono da includersi in questa modalità terapeutica: la psicoterapia psicodinamica, la terapia cognitiva, la terapia sistemico-relazionale, la terapia di gruppo centrata sul gruppo.

Credo opportuno sottolineare la necessità di non continuare a definire «psicoterapia» qualsiasi tipo di intervento, solo perché utilizza strumenti psicologici. Si può obiettare che queste metodiche, diverse dalla psicoterapia, possono comportare miglioramenti e guarigioni. Certamente, ma non è un elemento sufficiente, dal momento che miglioramenti o guarigioni possono anche essere *spontanei*. Quello che conta, perché la metodica possa definirsi terapia, è *l'iter metodologico, l'attendibilità e la coerenza delle ipotesi, la prevedibilità del decorso, ed inoltre una terapia per essere tale deve tentare di essere eziologica e non semplicemente sintomatica.*

Quindi è necessaria la presenza di numerosi elementi per definire una prassi come psicoterapica: la semplice presenza di uno strumento psicologico, per quanto specifico, non basta. Una metodica che utilizzi l'interpretazione come strumento fondamentale, ma che tende a durare decenni (ovverosia che non abbia l'idea di fine) e quindi tende a sviluppare la dipendenza, non può essere definita come psicoanalisi, bensì come una relazione psicologica di sostegno. Credo che sulla base di quanto detto precedentemente c'è una possibilità, metodologicamente corretta, di distinguere meglio ed in modo più appropriato e meno ideologizzato ciò che è psicoterapia da ciò che non lo è. Questo nulla toglie al fatto che alcune tecniche psicologiche di apprendimento o le relazioni psicologiche di sostegno possano essere di valido ausilio in situazioni particolari e definite. Anzi, credo proprio che una definizione più chiara e precisa di psicoterapia possa sgombrare il campo dai numerosi equivoci e rendere possibile una risposta più precisa ed articolata alle domande di aiuto del paziente.

Quindi per poter definire una situazione come relazione terapeutica psicologica occorrono dei parametri ben precisi. A rischio di essere schematico, credo li si possa riassumere nei seguenti punti:

- 1) la domanda di terapia implica, oltre che una richiesta di cura, anche un aiuto per la propria ferita narcisistica: questa domanda non può essere negata né ipertrofizzata;
- 2) il terapeuta, per essere tale, deve essere in possesso di una teoria precisa, codificata, verificabile e di una prassi che ne sia logica o coerente conseguenza;
- 3) il terapeuta deve aver superato problematiche di una possibile identificazione con il paziente ed aver raggiunto una sua precisa identità.

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 avvicinarsi ad una dimensione che comporti non solo la cura, ma anche la maturazione del paziente. In questo senso, una relazione terapeutica si costituisce nel momento che il curare ed il prendersi cura del paziente avvengono attraverso una attività creativa che permette non solo la crescita del paziente, ma anche una corrispondente e parallela crescita del terapeuta. In questo senso il terapeuta si pone al servizio (terapeuo= servire) non solo del paziente, ma anche di sé e della ricerca.

6. Indicazioni

Come abbiamo visto, esistono modalità diverse di intervento psicoterapico che, corrispondendo a situazioni diverse e non sempre sovrapponibili, ne costituiscono le indicazioni specifiche.

Ma prima di esaminare queste indicazioni specifiche dobbiamo considerare che esiste anche una condizione generica e di base alla psicoterapia, che riguarda la complessa interazione tra il paziente, la sua malattia ed il contesto sociale, culturale e familiare in cui vive.

Per quanto riguarda il paziente, è necessario che ci sia una domanda di aiuto, una discreta intelligenza, una consapevolezza del proprio disturbo, insieme ad una capacità di affrontare il dolore psichico. Per quanto riguarda la patologia, la presenza di una massiccia negazione (come nella mania e nella paranoia) o di un deterioramento mentale rende pressoché improponibile un lavoro psicoterapico. Per quanto riguarda il contesto, bisogna valutare quanto questo può ostacolare o bloccare un eventuale lavoro.

La capacità clinica dello psicoterapeuta è anche quella di saper valutare attentamente tutti questi parametri, prima di proporre un lavoro psicoterapico.

Accanto a queste condizioni di base, bisogna tener presente che le diverse psicoterapie hanno indicazioni e controindicazioni specifiche: cercherò qui brevemente di elencarne le più significative, rimandando ai vari capitoli per notizie più approfondite.

6.1. Psicoterapia familiare o sistemico-relazionale

Le indicazioni principali sono costituite dalle situazioni in cui c'è una scarsa individuazione ed identità del paziente, una incapacità alla separazione dal nucleo familiare, l'impossibilità alla designazione di uno specifico paziente ed alla formulazione univoca di una richiesta di intervento. Quindi costituiscono indicazioni precise: la psicosi schizofrenica, l'anoressia mentale, la psiconevrosi ossessiva con cerimoniali, le conflittualità che coinvolgono l'intero nucleo familiare.

Controindicazioni sono da considerare quelle situazioni in cui c'è un desiderio ed una possibilità di separazione e di crescita: in questi casi il coinvolgimento del nucleo familiare costituisce un fattore regressivo. Lo stesso discorso vale anche per la coppia: spesso la terapia di coppia ha l'unica funzione di bloccare la possibilità di crescita, anche se unilaterale, di uno dei partner della coppia.

Non bisogna comunque confondere la terapia familiare con la possibilità di avere dei colloqui con l'intero nucleo familiare, al fine di avere una visione più globale della situazione. Cosa che può avvenire anche all'interno di altre metodiche, soprattutto quando la domanda di terapia è complessa e non facilmente decifrabile, come per esempio nelle problematiche adolescenziali. In questo caso i colloqui servono per un orientamento più preciso, al fine di poter proporre un lavoro psicoterapico più articolato: come per esempio una psicoterapia psicodinamica per il paziente, ed una relazione psicologica di sostegno per i genitori.

6.2. Psicoterapia di gruppo

Data la varietà delle terapie di gruppo, può essere utile valutare dapprima quali sono i fattori terapeutici specifici del gruppo. I. Yalom² propone una lista di dieci fattori specifici; di questi ne estrapolerò solo alcuni, che ritengo più significativi e con qualche modificazione:

- a) possibilità di sviluppare modelli nuovi e più funzionali di socializzazione;
- b) comportamento imitativo: il gruppo funziona come uno specchio;
- c) apprendimento interpersonale;
- d) tendenza coesiva del gruppo e quindi di sostegno psicologico per il paziente;

² Da Volterra V. (a cura di), 1979.

- e) sviluppo di un senso di appartenenza e di appoggio che facilita l'uscita dall'isolamento del paziente;
- f) apprendimento di modalità di rapporti interpersonali più validi, senza un diretto, immediato coinvolgimento personale, ma osservando come si comportano gli altri: il gruppo come teatro.

Questi fattori, in misura maggiore o minore, sono presenti in tutti i gruppi terapeutici, di là della loro specifica modalità operativa.

Giustamente J. Ondarsa Linares³ fa notare che la scelta di una terapia di gruppo (e quindi l'invio) non deve essere motivata dalla impossibilità di poter fare una terapia individuale o per incapacità personale o per difficoltà economiche; inoltre non deve essere considerata una panacea per tutti i mali o uno scarico per tutti i casi difficili.

Passiamo ad esaminare quali sono le indicazioni specifiche.

Molte forme di psiconevrosi, soprattutto quelle depressive, ansiose e fobiche; situazioni di difficoltà nei rapporti interpersonali; disturbi non gravi di tipo sociopatico; disturbi della sessualità come frigidezza ed impotenza, ed infine, al di là di specifiche sintomatologie, soggetti che presentano una massiccia dipendenza che creerebbe problemi di transfert in una psicoterapia psicodinamica.

Controindicazioni sono: depressioni gravi, situazioni ipomaniacali, personalità con tendenze paranoicali, soggetti con scarsa individuazione e con identità diffusa.

L'affermazione di M. Balint esprime bene la differenza fra una terapia di gruppo ed una individuale analitica.

«Forse si potrebbe essere nel giusto quando si dice che dopo una cura psicoanalitica riuscita un paziente è senz'altro meno nevrotico (o psicotico) anche se non è necessariamente maturo; dall'altro canto dopo una cura riuscita operata con i metodi del gruppo, il paziente non è necessariamente meno nevrotico ma è senz'altro più maturo».

Bisogna accennare inoltre a due situazioni patologiche che si giovano di una terapia di gruppo, anche se questa presenta caratteristiche molto particolari: l'alcolismo ed a volte le tossicomanie.

6.3. Psicoterapia cognitiva

Presenta un campo di applicazione abbastanza ampio che va dalla psiconevrosi fobica a quella isterica, ai disturbi psicosomatici, alle difficoltà sessuali ed ai disordini alimentari quali la bulimia e l'obesità psicogena.

La struttura della terapia cognitiva comporta necessariamente la presenza di tre fattori fondamentali, che possono costituire le indicazioni al di là della sintomatologia.

1) Accettazione da parte del paziente di concordare una meta terapeutica, il che rende questa metodica strettamente assimilabile al modello medico, ove in genere c'è una chiara definizione ed una concordanza fra medico e paziente sull'obiettivo da raggiungere;

2) sufficiente livello di intelligenza;

3) accettazione delle regole e delle prescrizioni non solo all'interno della terapia, ma anche al di fuori delle sedute.

È evidente che la terapia cognitiva cerca soprattutto di mettere a fuoco e risolvere il problema o il sintomo, senza dover necessariamente mettere in discussione l'intera personalità del paziente.

Una controindicazione è costituita quindi da quei pazienti che pongono una domanda di terapia in maniera ambivalente o comunque presentano notevoli «resistenze» ad un processo terapeutico:

³ In Lalli N., 1990.

atteggiamento che attraversa varie patologie, e che diventa uno specifico campo di intervento della psicoterapia psicodinamica.

6.4. Psicoterapia psicodinamica

La psicoterapia psicodinamica, in maniera specifica, fonda sulla relazione interpersonale la propria capacità terapeutica e trasformativa. Pertanto possiamo dire che le indicazioni e le controindicazioni, più che alla patologia, sono collegate alla capacità ed allo stile del terapeuta. Intendo per stile del terapeuta quell'insieme di interessi e di capacità che fanno sì che ogni psicoterapeuta tenda a privilegiare alcune sindromi ed alcune particolari modalità relazionali. Questo dato, estremamente reale, è spesso negato da molti terapeuti in nome di una astratta capacità terapeutica che nasconde una forma, più o meno velata, di onnipotenza terapeutica non risolta. Credo che ogni terapeuta dovrebbe essere consapevole delle sue capacità e dei suoi limiti; come diceva M. Balint, il medico è come un farmaco e quindi bisogna conoscerne oltre che le indicazioni anche le «controindicazioni».

Tuttavia esistono delle indicazioni che sono altamente specifiche della psicoterapia psicodinamica; direi tutte quelle situazioni in cui c'è una domanda ed un desiderio di conoscenza e di crescita. Sul piano più strettamente sindromico: le psiconevrosi, le personalità borderline, il carattere depressivo.

7. Valutazione dei risultati

Problema importante, perché una corretta valutazione serve non solo a convalidare l'efficacia di una psicoterapia, ma anche a delineare meglio quali ne sono le indicazioni e le controindicazioni. Su questo problema ci sono numerose discussioni e controversie. Alcuni AA., fra questi Eysenck in particolare, sostengono che le guarigioni spontanee dei sintomi psicopatologici sono frequenti e numerose: entro due anni dall'inizio dei sintomi, una risoluzione degli stessi sarebbe presente in una percentuale che varia dal 40% al 60%. Pertanto, per essere efficace, una psicoterapia dovrebbe dare un tasso di miglioramento di gran lunga superiore. Notoriamente Eysenck è un detrattore della psicoterapia; ma anche Malan, che è uno psicoanalista, sostiene che il fattore guarigione spontanea è da tenere in attenta considerazione. Ma questa tesi può essere accettabile solo se consideriamo il miglioramento come semplice scomparsa dei sintomi; ma più volte abbiamo sottolineato come il sintomo sia soltanto l'ultimo anello di una lunga catena. Quindi il miglioramento deve essere valutato non sulla scomparsa dei sintomi, quanto piuttosto sulla reale modificazione della struttura psicologica del paziente. Infatti Malan, nel riportare una casistica di 45 casi di pazienti psiconevrotici *non trattati*, trova che di questi dopo 8 anni, il 51 % era migliorato sul piano dei sintomi, ma solo il 20% lo era sul piano psicodinamico. Inoltre se è vero che questi pazienti non avevano avuto un trattamento psicoterapico, avevano però avuto dei colloqui ad orientamento psicodinamico. Fatto non da sottovalutare, perché si è osservato che spesso, nell'intervallo tra i primi colloqui e l'inizio della psicoterapia, molti pazienti migliorano. Questo vuol dire che il rapporto interpersonale può avere un effetto placebo, molto simile a quello notato a proposito dei farmaci. Quindi l'obiezione che l'esistenza delle guarigioni spontanee non rende possibile una valutazione dell'efficacia della psicoterapia è poco accettabile. Ma altrettanto poco accettabile è l'affermazione che la psicoterapia non ha bisogno di valutazioni, come fanno gli psicoanalisti a partire da S. Freud, che afferma che «l'evidenza psicoanalitica basta a se stessa»⁴. Il che vuol dire che non c'è alcuna necessità di valutazione e di verifica. Invece una valutazione della psicoterapia può e deve essere fatta ed anche in un periodo di tempo abbastanza definito. Valutare un intervento psicoterapeutico che dura decenni è praticamente inutile, perché è impossibile, in un lasso di tempo così lungo, sceverare tutti quegli avvenimenti esistenziali che potrebbero aver favorito il

⁴ Anche se Freud accenna questo a proposito della teoria, è evidente che la teoria trova la sua conferma *anche* nella prassi.

miglioramento del paziente. Questo è un ulteriore elemento a favore della proposizione che il lavoro di psicoterapia deve essere svolto in un arco di tempo accettabile. Senza dimenticare che il paziente spesso può dare il meglio di sé, dopo la fine del lavoro psicoterapico.

Sul problema della verificabilità o meno dei risultati, attualmente ci sono due schieramenti contrapposti. Da una parte quelli che ritengono impossibile (e quasi offensivo) pensare che si possa valutare una situazione così impalpabile, quale è una situazione di cambiamento psichico. Sono quelli che considerano la psicoterapia come un incontro mistico, quindi atto ineffabile ed irripetibile. Dall'altra parte ci sono quelli che invece ritengono possibile una valutazione obiettiva, numerica, insomma naturalistica. Il che evidentemente è impossibile: il modello medico, preso come punto di riferimento, non trova, in questo contesto, applicabilità per il semplice motivo che in medicina il concetto di miglioramento-guarigione ha nella «*restitutio ad integrum*» un punto stabile e preciso di riferimento. Invece in psicoterapia non solo il miglioramento non può essere riportabile ad una situazione precedente, ma il processo psicoterapico, visualizzato come un processo di crescita, è rapportabile solo ad un modello ideale e funzionale. Quindi possiamo ritenere che la psicoterapia può essere oggetto di valutazione, solo tenendo conto di una serie di variabili che rendono la valutazione stessa non impossibile, ma soltanto non lineare. Ma in che modo, allora, possiamo fare una valutazione della psicoterapia? Praticamente esistono due metodiche: una che si basa sui gruppi di controllo; l'altra invece su di una valutazione diacronica di pazienti trattati da terapeuti omogenei per formazione.

La prima si attua mediante la costituzione di due gruppi omogenei per età, patologia, ecc.: di questi uno è sottoposto ad una specifica psicoterapia, mentre l'altro non pratica alcun intervento. A distanza di un periodo di tempo determinato, si valutano le differenze tra i due gruppi. È un sistema poco valido, perché trascurava molti elementi essenziali e perché è applicabile solo a metodiche psicoterapiche che si attuano in tempi brevi.

La seconda consiste nel prevedere all'interno di una specifica metodica psicoterapeutica quali saranno le variazioni attendibili e valutare se queste compaiono o no. In questo modo lo psicoterapeuta dovrebbe prevedere, in base alla teoria ed alla prassi utilizzata, se e quali cambiamenti dovrebbero intervenire. In caso positivo potrebbe sorgere il dubbio se l'efficacia è legata al terapeuta, con le sue capacità personali, oppure alla validità della metodica usata. Quest'ultimo problema può essere risolto sulla base di numerose osservazioni fatte con vari psicoterapeuti. È un metodo più laborioso, relativamente meno quantificabile, ma comunque valido.

In conclusione, quindi, pur con limitazioni e difficoltà, possiamo affermare che è possibile una valutazione dell'efficacia della psicoterapia.

8. Il tempo: durata e fine

Una delle domande più frequenti che il paziente o i familiari del paziente pongono all'inizio di una psicoterapia è: quanto tempo durerà? Questa domanda, se da una parte esprime una richiesta di tipo oggettivo, dall'altra nasconde, e non sempre velatamente, una resistenza ed un timore per una possibile dipendenza. Non è sempre facile rispondere: difficoltà collegata alla non conoscenza preventiva di quali saranno le problematiche, le resistenze del paziente al lavoro psicoterapico. Questo problema non attiene a tutte le psicoterapie, ma solo ad alcune, in particolare alla psicoanalisi. Schematicamente possiamo dire che rispetto al problema "*tempo e durata*" si possono presentare tre possibilità:

- a) tempo breve e predeterminato: è il caso delle tecniche psicologiche di apprendimento, delle cosiddette psicoterapie brevi o focali e molto spesso della terapia familiare;
- b) tempo indefinito e senza un termine: è il caso delle relazioni psicologiche di sostegno, *ove* il rapporto tende a cronicizzarsi;

c) tempo finito, ma non predeterminato: è il caso della psicoterapia dinamica, di quella cognitiva e della psicoterapia di gruppo.

Soprattutto nella psicoterapia dinamica la fine della terapia diventa un elemento di elaborazione al pari di tutte le altre problematiche, a differenza dei casi (a) ove la fine è determinata esclusivamente dal terapeuta, o i casi (b) ove questo problema non si pone o è affidato al caso.

Comunque il problema della durata è un problema che nasce con la psicoanalisi e soprattutto da quando, intorno al 1915-20, il trattamento psicodinamico tende a diventare sempre più lungo. Lunghezza che è certamente determinata da un cambiamento degli obiettivi, che da puramente sintomatici nei primi anni diventano sempre più tendenti a modificare la complessa struttura della personalità del paziente. Ma la lunghezza è collegata anche ad un cambiamento della psicoanalisi da semplice terapia a sistema antropologico onnicomprensivo.

L'analisi da terminabile tende a diventare interminabile. E non a caso è proprio in questo periodo che sorgono i primi tentativi (Rank, Ferenczi) di una psicoanalisi breve: tentativi poco riusciti perché in effetti la lunghezza della psicoanalisi era determinata proprio da una impostazione teorica sempre meno legata alla terapia. Dovranno passare molti decenni perché questi tentativi di affrontare il problema della interminabilità siano ripresi. E saranno ripresi sia con la modalità di psicoterapie analitiche a tempo determinato o focali, sia e soprattutto con una revisione della teoria e della prassi analitica con la tendenza a dare sempre maggiore importanza all'analisi del transfert come situazione attuale ed ad una sempre maggiore «presenza» del terapeuta. Questi passaggi comporteranno una nuova modalità di approccio che costituirà la psicoterapia dinamica (vedi cap. "La psicoterapia dinamica").

In questo modo il problema della terminabilità sarà posto fin dall'inizio, frustrando le eccessive tendenze alla dipendenza e l'onnipotenza di eternità del paziente. Il lavoro psicoterapeutico si configurerà come una scelta, e non come un destino con dei suoi tempi, delle sue cadenze, dei suoi ritmi. Il terapeuta dovrà assicurare la continuità ponendosi come memoria e punto di riferimento per il paziente, e non come «luogo» dove il paziente si reca.

L'attenzione sempre maggiore da parte del terapeuta per la relazione, in termini non solo di ripetizione di ricordi infantili quanto piuttosto di ripetizione di attuali modalità oggettuali, rappresenta per il paziente la possibilità di evitare un massiccio ripiegamento sul passato, che è di per sé condizione dell'interminabilità della psicoanalisi (vedi il capitolo "La psicoterapia psicodinamica").

9. La formazione dello psicoterapeuta

Rispetto ad altre attività terapeutiche o professionali, la formazione dello psicoterapeuta presenta peculiarità e difficoltà specifiche che richiedono un training molto complesso ed articolato.

Queste difficoltà vanno ascritte a tre problemi di base.

1) *Il primo problema attiene alla motivazione della scelta di medicina.*

Nel capitolo «Il rapporto medico-paziente» (vedi N. Lalli "Manuale di psichiatria e psicoterapia") ho esaminato alcune problematiche che portano a questa scelta, e che ne fanno una scelta sintomatica, perché legata a progetti riparativi conseguenti a pregressi traumi subiti o a forti valenze sadiche-ostili. È il cosiddetto «wounded healer» (il guaritore ferito) che trova nella figura dello sciamano la rappresentazione più completa e drammatica.

È evidente che queste motivazioni vanno chiarite e superate, altrimenti si perpetuerà la tendenza «autoterapeutica», ovvero la tendenza a curare negli altri se stesso, atteggiamento di per sé poco terapeutico.

2) *Il secondo problema è più specifico dello psicoterapeuta.*

A questi, infatti, non basta conoscere-superare le valenze autoriparative, ma deve anche conoscere la sua struttura psicologica e psicopatologica. E questo per evitare scotomi su problematiche del paziente, simili alle sue problematiche non risolte, o peggio ancora di proiettare sul paziente le proprie conflittualità. Ma soprattutto perché è solo attraverso un lavoro su se stesso che si stimolano quelle capacità recettive e di ascolto, che sono due caratteristiche fondamentali dello psicoterapeuta.

3) *Un terzo problema attiene ad una conoscenza approfondita della terapia e della prassi psicoterapeutica.*

Apprendimento che non è un fatto tecnico, ma che si svolge attraverso il rapporto con i pazienti, in una continua elaborazione del proprio controtransfert. Ovviamente, soprattutto per la psicoterapia dinamica si rende necessario un trattamento personale (terapia individuale) che permetta una migliore conoscenza di se stessi e delle proprie problematiche.

Il primo livello è collegato ad un iter di studi che forniscono una teoria ed una metodologia corrette. Il secondo livello implica la conoscenza della psicopatologia non solo teoricamente, ma anche nella pratica. Il terzo livello implica un lavoro personale di psicoterapia.

Infine per chi intende occuparsi esclusivamente ad una attività di psicoterapia può essere necessario non solo un approfondimento teorico e clinico attraverso la supervisione di casi clinici che implica la possibilità di evidenziare il controtransfert del terapeuta, ma anche una continua ricerca di studio, teorico e clinico dal momento che ogni paziente presenta sue peculiarità e differenze che possono non corrispondere a quelle apprese sui testi classici.

Riferimenti bibliografici

Bartocci G., «Farmaco ed intenzioni: origine e terapia delle malattie negli Aborigeni del Deserto Centrale Australiano», in *Atti del Convegno Internazionale: Psicopatologia e Farmaci*, Torino, 1988.

Berge A., *Le Psicoterapie*, La Nuova Italia, Firenze, 1972.

Cancrini L., *Psicoterapia: grammatica e sintassi*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1987.

Fagioli M., *La marionetta e il burattino*, N.E.R., Roma, 1974.

Guyotat J., *Le psicoterapie mediche*, Masson, Milano, 1980.

Ellenberger H. F., *La scoperta dell'inconscio*, Boringhieri, Torino, 1972.

Lain Entralgo P., *Il medico ed il paziente*, Il Saggiatore, Milano, 1969.

Lalli N., Bordi M., Cuzzolaro M., «Il rapporto medico- paziente», *Rivista di Psichiatria*, vol. IX, n. 1, 41-62, 1974.

Lalli N., «L'Università e la formazione della psicoterapeuta. Limiti e possibilità», in Piccione A., Lalli N. (a cura di) *Aspettative e problematiche della legge istituyente l'ordine della professione a Psicologo*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 1989a.

Lalli N., «La psicoterapia: una, nessuna, centomila», *Rivista Europea di Psichiatria*, vol. I, n. 2, 38-50, 1989b.

Lalli N., «La relazione terapeutica», *Psicobiettivo*, vol. X, n. 1, 74-90, 1990.

Lommel A., *Shamanen und Medizinmänner*, Callwey Verlag, München, 1980.

Marhaba S., Armezzani M., *Quale psicoterapia?*, Liviana, Padova, 1988.

Petrella F. (a cura di), *Modelli e tecniche in psicoterapia*, Centro Scientifico Torinese, Torino, 1988.

Poli E., *Metodologia medica: principi di logica e pratica clinica*, Rizzoli, Milano, 1985.

Sapir M., *La formation psychologique du médecin*, Payot, Paris, 1972.

Schneider P. B., *Psicologia medica*, Feltrinelli, Milano, 1972.

Schneider P. B., *I fondamenti della psicoterapia*, Boria, Roma, 1977.

Valabrega J. P., *La relation thérapeutique malade et médecin*, Flammarion, Paris, 1962.

Volterra V. (a cura di), *Indicazioni e valutazione dei risultati della psicoterapia*, Pàtron, Bologna, 1979.

Wolman B. L., *Psychoanalytic techniques*, Basic Books, New York, 1967.