

Marco VANNOTTI¹

LA TERAPIA COME MOMENTO DI COOPERAZIONE MAGGIORANTE

La terapia esige da noi terapeuti una riflessione su noi stessi, sugli altri, sulle relazioni, sulle procedure di scambi intersoggettivi. Noi siamo invitati a gestire il nostro coinvolgimento, sia nel senso dell'impegno compassionevole che nelle tentazioni di fuga o di eccessiva autoprotezione.

Ho da tempo constatato quanto possa essere vantaggiosa la cooperazione tra le competenze dei miei pazienti e le mie. Sono convinto che in questo modo si possa ottenere un cambiamento di ordine esistenziale nel paziente e nella sua famiglia.

La terapia può essere considerata anche come un processo di scambi cooperativi. L'apertura su tali scambi favorisce per ciascuno il perseguimento di mete comuni e di valori consensualmente definiti. Cooperare significherebbe in questa prospettiva mettere a disposizione del mio paziente il mio coinvolgimento, la mia comprensione della storia, delle sofferenze, e delle gioie, dopo che lui mi ha offerto la sua comprensione della sua storia e della sua domanda di aiuto. Spesso questo scambio cooperativo si rivela difficoltoso e parziale; il pagamento degli onorari ne costituisce un altro aspetto, anche se non ne esaurisce l'estensione.

Piaget ² sottolinea come la cooperazione sia una relazione di reciprocità fra i vari partner di uno scambio: ciò assicura ad ognuno un profitto qualitativo secondo la propria scala di valori. È dunque in un'ottica soggettiva che viene valutato questo beneficio. Avendo però negoziato e condiviso obiettivi comuni, alla fine dello scambio ciascuno dovrebbe ritrovarsi vincente.

In che modo, per facilitare gli scambi, si può avvicinare con benevolenza le vulnerabilità del paziente? Come insegnargli a essere fiducioso nelle proprie risorse? Come focalizzare l'attenzione sulle strategie di autoprotezione proprie di ogni famiglia e di ogni individuo? Con la co-costruzione di una zona di sicurezza mutua. Co-creare uno spazio sufficientemente sicuro favorisce lo sviluppo della rappresentazione di se stessi e dei propri valori nell'interattività con gli altri.

L'esperienza di accettazione di risorse e vulnerabilità proprie e altrui, la costruzione di un clima di fiducia e sicurezza costituisce la base di un atteggiamento "etico" in terapia³.

¹ Psichiatra, psicoterapeuta, formatore al Cerfasy di Neuchatel (Svizzera) e alla Scuola Mara Selvini Palazzoli, Milano

² PIAGET J. (1946): *Etudes sociologiques*, Paris: Droz.

³ REAL DEL SARTE, O. (2005). De l'attachement à la coopération dans une perspective darwinienne. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. Vol.35, No 2, pp. 99-114

LA DIMENSIONE ETICA DELLO SCAMBIO

Il giusto e l'ingiusto

Parto dal presupposto che la terapia può condurre all'*equilibratura* maggiorante nella misura in cui ogni partecipante al processo ha il sentimento che lo scambio – che è invitato regolarmente a operare – sia sufficientemente corretto. La dimensione etica dello scambio è in primo luogo basata sul sentimento soggettivo del giusto e dell'ingiusto, sia per se stessi che per l'altro.

Applicando tale prospettiva al sistema terapeutico, la domanda centrale diventa: su quali assi valutativi i vari attori del sistema – pazienti e curanti – cercano di *maggiorare* i loro scambi? In altri termini, su quali assi valutativi tali scambi sono considerati tendenzialmente giusti o tendenzialmente ingiusti?

La maggiorazione necessita:

1. una certa equità;
2. una certa reciprocità;
3. il riconoscimento dello scambio avvenuto;
4. l'espressione della riconoscenza, della gratitudine.

1. Sono equi gli scambi considerati dai vari partner come sufficientemente adeguati riguardo alla loro estensione e al loro valore simbolico. Equo non significa equivalente, ma piuttosto corrispondente all'esigenza di una certa proporzionalità. Dovrebbe esserci, all'interno del nostro universo di problemi, una certa proporzionalità, ad esempio fra l'impegno del paziente e quello del terapeuta.

2. Riguardo alla reciprocità, lo scambio non corrisponde a criteri strettamente egualitari in ragione dell'asimmetria delle posizioni e delle responsabilità dei vari attori. Lo scambio nella terapia costruisce generalmente una successione di situazioni di debito transitorio; il debito diventa accettabile e strutturante quando, nella concatenazione di scambi, nel corso delle interazioni, ogni partner diventa di volta in volta donatario e donatore.

3. Riconoscere l'apporto di ognuno è centrale nella costruzione del cambiamento esistenziale. Il paziente deve sentirsi legittimato dai terapeuti nel suo pensare, nel suo patire. Il riconoscimento rappresenta un'esigenza primaria per la vita. Nella terapia, il paziente deve poter fare l'esperienza di sentire che il proprio apporto ha avuto un impatto sull'evoluzione del processo terapeutico e che ciò sia riconosciuto dal terapeuta.

Il non riconoscimento dell'implicazione del paziente – il fatto che i terapeuti considerino come normale, insufficiente o non avvenuto lo sforzo da lui consentito, invocando, per esempio, fenomeni di resistenza – provoca sofferenza

e nuoce alla terapia. L'assenza di quietanze positive può impedire la costruzione della stima di sé.

4. Anche la riconoscenza reciproca tra terapeuti e pazienti costituisce un fattore di crescita. La riconoscenza è un momento affettivo di gratitudine. La gratitudine nasce soprattutto dall'aspetto personale e non obbligato del dono, dal superamento – come forma superiore dello scambio – dell'interesse reciproco. La riconoscenza verso l'altro sorge spontaneamente quando la nostra persona è considerata come meritevole di attenzione e di affetto in uno slancio disinteressato e gratuito.

La dimensione emotiva dello scambio

Le emozioni che sorgono durante la terapia dipendono anche dal modo in cui il paziente percepisce e interpreta la natura dello scambio e l'atteggiamento del suo interlocutore – terapeuta, o altro membro significativo della sua famiglia. Per queste ragioni, le categorie dell'affettività sono centrali nel nostro universo di problemi.

L'emozione che sorge quando si è trattati o quando si tratta secondo giustizia rappresenta una dimensione fondamentale nell'affidabilità delle relazioni. Tale processo è facilitato analizzando il sentimento del giusto e dell'ingiusto durante lo scambio in atto. Di fatto, niente può realmente toccarci, né trasformarci, finché perdurano un sentimento d'ingiustizia e l'assenza di affidabilità nella relazione.

Di fatto, il lavoro sulle emozioni non può svolgersi in un contesto dove i punti di vista conflittuali si saldano con la vittoria dell'uno sull'altro. I vari conflitti che accompagnano ogni processo di terapia (e di cooperazione) risultano positivi e maggioranti solo in particolari condizioni. Gli episodi conflittuali possono divenire fonte di crescita nella misura in cui portano a una disposizione al decentramento, all'attenzione all'altrui modo di sentire e di pensare.

L'esperienza condivisa rende di per sé diversi. A fortiori, la partecipazione all'esperienza dell'incontro, del lavoro compiuto in comune non può non accrescere la dimensione dell'essere delle persone che l'hanno vissuta soprattutto se ciò avviene all'interno di un clima di sicurezza.

Postuliamo perciò che una relazione terapeutica solida conduca col tempo a modificare in modo significativo – a “maggiorare” – tutti i soggetti in presenza e, quindi, anche gli stessi terapeuti. Se questi ultimi non cambiano – non evolvono, non si arricchiscono al contatto con i loro clienti – si può temere che anche i pazienti non si siano trasformati. Anche il comunicare al paziente come l'incontro con lui ci abbia “cresciuti”, non è cosa agevole ed evidente. Necessita un lavoro di riflessione autentica su di sé come persona che da e riceve, che si abbandona e

stimola, che vive e cresce con l'altro. Ed è capace di offrirlo esplicitamente al suo paziente.

Tra corpo e mente, qual è l'oggetto della psichiatria?

La medicina resta scissa tra un modello bio-medico e una psichiatria il cui oggetto diventa sempre più evanescente.

Da un punto di vista epistemologico abbiamo spesso a che fare con una confusione tra metodo e realtà. La psichiatria dominante, in conformità a un principio di causalità *partes extra partes*, classifica da un lato le malattie mentali indotte da causa organica e le distingue da quelle senza causa organica. In tal maniera i nostri manuali di riferimento (DSM, ICD) restano impregnati di un'ideologia dualista che persiste a pensare, in un rapporto di esterioresità reciproca, il somatico e lo psichico.

L'oggetto della psicoterapia per noi sistemici è il commercio articolato e complesso tra individuo, comunità, mondo. L'oggetto evanescente della psichiatria è l'universo sindromico di persone scisse tra psiche e soma.

Promuovere una scienza dell'uomo in questa disciplina esige – e in certi settori ne siamo ancora lontani – di rinnovare nella sua globalità il paradigma scientifico che fonda la formazione del sapere e della pratica in psichiatria. La formazione di un paradigma scientifico in medicina implica sempre, in questo senso, una decisione di fondo relativa alla domanda di sapere che cos'è in definitiva l'oggetto di cure: l'organo o la funzione colpita? Il funzionamento corporeo, psicologico o sociale scissi dalla realtà del mondo in cui l'individuo cresce? L'uomo come individuo psicofisico? L'uomo come essere che sente e patisce, che pensa e comunica? L'uomo come membro di una collettività di vita nella quale evolve e verso la quale resta comunque responsabile?

La formazione di un paradigma scientifico in medicina implica in conseguenza una decisione di metodo riguardo alla maniera di affrontare e di trattare queste questioni.

Per larghe correnti della psichiatria essere malato (essere turbati, stare male) si riduce ad avere una malattia, che si deve ricondurre a un'alterazione morbosa all'interno del sistema nervoso o dell'apparecchio psichico. Il dramma di questo modello storpio risiede non solo nel suo dualismo, ma nel fatto che lo psichiatra è indotto, da questa insufficienza epistemologica, a trattare il paziente come in "in trasparenza", senza includere nel suo pensiero la complessità di ciò che di umano, di vivente si manifesta nel paziente e che ne fa la sua radicale singolarità.

L'approccio empatico, in senso fenomenologico, dell'esistenza rappresenta il metodo di base per comprendere, accogliere e trattare la sofferenza di chi si confida a noi.

Questo è il compito della psicoterapia. Lo psichiatra non può comunque ignorarlo o delegarlo ai soli psicoterapeuti. Se così facesse, riprodurrebbe, e riproduce di fatto, il dualismo non solo nel pensiero ma anche nell'esercizio delle cure⁴.

⁴ In Svizzera il titolo di specialista comprende i due aspetti. Noi siamo indissolubilmente *Specialisti in Psichiatria e Psicoterapia*. Almeno sulla carta.