

## Curarsi per curare

Sergio Erba

Se il titolo del convegno “Psicoterapia come etica” mi trova totalmente in sintonia, il suo sottotitolo “La responsabilità postmoderna nella pratica clinica” suscita in me qualche perplessità, che traspare anche dalle note di presentazione che compaiono nella brochure, là dove si dice, a proposito del pensiero di von Foerster: *eppure, come psicoterapeuti, non possiamo non interrogarci sull'intreccio tra problematiche etiche e pratica clinica.*

Qull' *eppure* segnala, a mio parere, un rapporto quantomeno problematico tra il concetto di etica e quello di postmodernità. Mi basta questo accenno, al momento, ma qualche ragione della mia perplessità emergerà, penso, dal seguito delle mie considerazioni.

Psicoterapia come pratica etica: per entrare in argomento, non trovo di meglio che ricorrere a una vignetta clinica già da me utilizzata in passato per gli stessi fini anche se in un diverso contesto.

Eccola: un medico condotto di un paese dell'Italia centrale prescrive, a una giovane paziente che soffre di disturbi di tipo depressivo accompagnati da manifestazioni somatiche, una settimana di riposo per malattia. Alla scadenza, la ragazza chiede altri giorni di mutua.

Il medico le risponde: “Torniamo a lavorare, perché il lavoro aiuta a risolvere tanti problemi!”.

Più di trent'anni dopo, in un incontro casuale in un ristorante (i due si erano persi di vista), di fronte ai complimenti del medico per la bella e numerosa famiglia che la donna con orgoglio gli presenta, essa risponde che quel “Torniamo a lavorare!” di allora è stato per lei un punto di riferimento costante per la sua esistenza, un prezioso aiuto per far fronte a tutti i suoi gravosi impegni della vita e della famiglia.

Ho scelto volutamente un caso atipico (atipico almeno dal punto di vista della terapia, che siamo soliti rappresentare in forme più canoniche e formalizzate), per le implicazioni che esso contiene ai fini del nostro tema.

Qual è il fattore d'efficacia della psicoterapia?

Questo interrogativo mi si è presentato quando, dopo le illusioni, gli entusiasmi, gli insuccessi del neofita, e dopo il successivo lungo e duro lavoro formativo, quella “cosa” chiamata psicoterapia, all'inizio così irrealista, perché mitizzata e piegata alle istanze dei miei personali bisogni e desideri, ha preso progressivamente la forma che le compete, ed è diventata quello che è: uno strumento di cura, un'esperienza relazionale che, a condizioni date, promuove salute.

La “cosa” insomma c'è, è reale, ma qual è la sua verità?

Per estrema sintesi ricorro all'immagine di un torrente impetuoso che si è talmente ingrossato da non poter essere più contenuto nei suoi vecchi argini.

Torrente come psicoterapia (inclusa la psicoanalisi), realtà in espansione, viva e vitale; gli argini che non ce la fanno più a contenerla sarebbero le teorie elaborate finora per definirla, per spiegarla. Che cosa fa sì che un essere umano in difficoltà, impedito nella sua autorealizzazione ma desideroso di raggiungerla, possa trovare nel rapporto con un terapeuta l'aiuto necessario a questo fine? E che cosa fa sì che un terapeuta possa credibilmente proporsi come tale?

Non mi risulta che questi interrogativi abbiano trovato finora una convincente risposta, se non a livello intuitivo. Per meglio dire, gli sforzi della ricerca sono stati indirizzati quasi del tutto verso il funzionamento intrapsichico dell'uomo, mentre qualsiasi forma di esperienza terapeutica, analitica o meno, è costituita da un rapporto. Si dice che è la relazione in quanto tale a produrre effetti, a essere terapeutica, ma rimane aperta la questione del perché. Si dice che il posto del terapeuta è il posto del Padre, ma non si sono tratte tutte le conseguenze implicite in questo concetto.

Voglio dire che il pensiero psicoterapeutico, dopo oltre un secolo di ricerche rivolte all'interno dell'uomo, dovrebbe aprirsi e guardarsi intorno. Il soggetto non è tutto, l'inconscio non è tutto.

Da dove veniamo, qual è il nostro destino? Pretendendo di muoversi all'interno di una certa concezione della scienza, la psicoanalisi non poteva certo porsi queste domande. Ma credo che esse non siano più eludibili, per una disciplina che si mette al servizio del ben-essere dell'uomo.

Se queste riflessioni hanno fondamento, si capisce anche perché la questione dell'efficacia delle relazioni di aiuto sia così difficile da affrontare. Non abbiamo più dimestichezza, come persone prima ancora che come terapeuti, con una visione etica della vita, nè tantomeno con una prospettiva metafisica, qualsiasi cosa si intenda con questo termine.

Dicevo verità della psicoterapia. Verità è una parola impegnativa: fin dall'inizio della civiltà, scienza, filosofia, religione, arte si sono dedicate al suo servizio, si sono impegnate nella sua ricerca.

Se si tratta della verità del mondo naturale, dell'ordine fisico, la scienza ha raggiunto un buon grado di approssimazione in questa conoscenza, tra l'altro destinata ad arricchirsi e a perfezionarsi incessantemente con il progredire della ricerca, e sui dati di questa conoscenza esiste una sostanziale concordanza nella comunità scientifica.

Ma la verità della psicoterapia chiama in causa la verità dell'uomo. Quale uomo: quell'organismo biologico e psichico che rappresenta il punto più alto nella scala dell'evoluzione animale, o l'uomo persona, quell'entità unica irripetibile originale, dotata di libertà, responsabilità, volontà?

È qui che la questione della realtà della psicoterapia appare in tutta la sua complessità e profondità. Soprattutto, drammaticamente, nell'impossibilità di ritrovarci, noi terapeuti, noi cultori e praticanti di questa disciplina, a condividere uno stesso pensiero su di essa. Immersi tutti nell'acqua dello stesso torrente, abbiamo concezioni, idee, convinzioni, posizioni molto diverse sulla natura e sulla funzione degli argini che la contengono e la governano.

Conosco un collega che, sono parole sue, è colto dal panico quando sente parlare di etica, e trova stressante il concetto di persona.

Eppure, sul piano della pratica, condividiamo lo stesso metodo e, nella scuola di psicoterapia dove entrambi siamo formatori, raccogliamo lo stesso indice di gradimento da parte degli allievi, quanto all'efficacia della nostra funzione.

Come interpretare questo dato?

Io vi trovo la conferma che nuotiamo nella stessa acqua, pur avendo idee molto diverse sugli argini, o non avendone affatto.

Ma quanto le nostre soggettive idee e percezioni del torrente possono determinarne la verità?

Contrariamente a quella posizione filosofica che dice che la realtà è quella che costruiamo noi, io penso che una realtà oggettiva esista indipendentemente dalle nostre soggettive modalità di pensarla e di vederla; e che una conoscenza sia pure relativa di questa realtà ci sia possibile solo nella tensione tra la nostra soggettività e il dato oggettivo esterno a noi, altro da noi.

Tenendo conto che una montagna può avere tante vie, tanti percorsi, ma non è vero che l'uno vale l'altro, se si tratta di raggiungere (di andare verso) la vetta.

Per quanto possa essere deludente e dolorosa la rinuncia a una comune teoria rispetto a un comune oggetto, credo che essa sia la condizione necessaria, forse l'unica, perché la ricerca della verità della psicoterapia progredisca.

E visto che siamo esseri sociali, bisognosi e desiderosi comunque di comunanza e condivisione, dove trovare una comune appartenenza? Io penso proprio nel fatto di comunicare agli altri quelle parziali relative verità che ciascuno di noi, come persona e come terapeuta, ritiene di aver raggiunto, sia pure provvisoriamente, nella sua ricerca sui grandi temi della salute, della malattia e della cura, ed eventualmente su quelli, ancora più grandi e importanti, della nostra condizione esistenziale.

Lo dico perché convinto, intuitivamente, che salute psichica e salute esistenziale siano interdipendenti.

Con questo spirito ritorno sul caso del medico condotto, dalla particolarità del quale trarrò qualche pensiero generale in ordine al tema del nostro convegno

Egli ha compiuto un atto terapeutico.

Dalla sua posizione di autorità (dal suo ruolo) egli si dimostra comprensivo e accettante nei confronti dei bisogni della paziente, li riconosce, la prende sul serio, le crede. Crede al suo star male, "autorizza" il di lei mettersi in malattia. Ma quando la ragazza chiede il certificato per la seconda volta, il medico si pone il problema di quale possa essere la risposta più giusta dal punto di vista della sua funzione.

E la risposta che egli dà alla sua paziente va nella direzione di un aiuto non conservativo della malattia ma emancipatorio nella direzione della salute: avendo intuito la componente rinunciataria e autoderesponsabilizzante contenuta nella richiesta di prolungare la malattia, egli richiama la paziente alla stessa legge - quella della sanità e della necessità del lavoro - alla quale si sottomette lui. Se avesse detto: "Vai a lavorare!" egli avrebbe autoritariamente e arbitrariamente usato il potere del suo ruolo per imporsi alla paziente, per differenziarsi da lei, e si sarebbe proposto alla donna come l'autore della legge. Dicendo "Andiamo a lavorare!" egli si mette dalla stessa parte della paziente, è una persona come lei, usa l'autorità del suo ruolo non come autore della legge ma come suo rappresentante, si propone come esempio di sottomissione a questa legge, e così facendo le comunica che anche lei, se vuole, può essere altrettanto capace e responsabile.

Questo medico ha evidentemente attribuito alla paziente la stessa responsabilità di sé che egli attribuisce a se stesso, e che si è assunto dando la risposta che ha dato. Ha affrontato il rischio di contrariare la paziente, al limite di perderla, ma questo non lo ha distolto dal fare come riteneva giusto. Diciamo che ha funzionato bene, autorevolmente, nel suo ruolo di autorità. Diciamo che ha tenuto bene la sua posizione, di fronte a una paziente che per comprensibili esigenze soggettive aveva cercato di spostarlo.

Autorità, autorevolezza, ruolo, risposta giusta, autore o rappresentante della legge, responsabile, se vuole... nel mio sintetico commento al comportamento clinico del medico ho usato una terminologia diversa da quella cui abitualmente ricorriamo quando parliamo di clinica, terminologia che non appartiene al linguaggio scientifico bensì a quello etico.

Posto che si riconosca l'esistenza di opposti come bene e male, buono e cattivo, giusto e sbagliato, vero e falso, un primo punto riguarda in base a quale legge porre il discrimine tra l'uno e l'altro dei due; e un secondo punto si riferisce all'origine di questa legge: dentro o fuori di noi?

La mia personale posizione è quella di chi riconosce l'esistenza di una Legge data (grazie alla quale distinguere il bene dal male) e di una Verità assoluta (grazie alla quale distinguere il vero dal falso). La mia personale posizione è di chi si ritiene dotato di libero arbitrio, responsabile del senso da dare alla propria vita, della scala di valori cui sottomettersi, del rapporto da intrattenere con le condizioni date della propria esistenza.

Se questa Legge e questa Verità sono date, sono fuori di noi, come conoscerle? Se ci poniamo di fronte al dato esistenziale bruto, ci accorgiamo di una molteplicità di evidenze e di una grande possibilità di intuizioni, che ci mostrano non solamente la realtà naturale e umana entro i limiti della quale viviamo, ma anche il nostro essere dotati di libertà, perché ci troviamo costantemente autori ed attori dei nostri atti, delle nostre scelte.

Atti e scelte eticamente sensibili, nel senso che ci pongono la necessità di scegliere tra una delle due coppie di opposti menzionate prima.

Una prima evidenza che ci riguarda come terapeuti riguarda il nostro ruolo. È quello che in natura è il ruolo dei genitori. Così come a questi è affidato il compito di "far diventare grandi" i piccoli loro affidati, così a noi terapeuti è affidato il compito di aiutare i nostri pazienti a recuperare una condizione di salute compromessa dalle disavventure delle loro storie di figli.

Un ruolo è definibile, generalizzabile, stabile, prevedibile. Anche i suoi compiti, gli attributi, le responsabilità sono definibili e generalizzabili. Il ruolo è un'astrazione che prende vita e forza nel momento in cui è ricoperto da una determinata persona in carne e ossa. La funzione del ruolo si identifica quindi col modo di funzionare della persona in carne e ossa che lo ricopre.

Trovo la distinzione tra ruolo e funzione molto utile per ragioni teoriche e pratiche. Nella teoria, perché rende compatibili due aspetti altrimenti inconciliabili, come i vincoli del ruolo e la libertà di chi lo ricopre; nella pratica, perché le prescrizioni di ruolo rappresentano, per chi lo ricopre, una

possibilità costante di verificare la correttezza della propria posizione, di correggere eventuali spostamenti, evitare che la discrezionalità si trasformi in arbitrio.

È un'evidenza che ci sono tanti modi di fare i genitori quanti sono i genitori, ma non tutti sono modi "sufficientemente buoni": dove sta la legge che ci consente di discriminare tra i due? Questa è a mio parere un'altra conferma di quell'oggettività alla quale siamo soggetti, pur con la nostra libertà di interpretarla, e anche di disconoscerla.

Un attributo del ruolo di terapeuta è l'autorità. Le degenerazioni cui sono andate incontro, in ogni ambito della vita sociale, le manifestazioni dell'autorità hanno fatto sì che di questo concetto si perdesse il significato originario, tanto che esso si identifica oggi pressoché indiscriminatamente con qualcosa di disdicevole, negativo. Dovendosi riferire al concetto, si arriva al punto di usare la parola autorevolezza al posto della parola autorità, tanto forte è l'idiosincrasia che quest'ultima suscita. Ma c'è una differenza sostanziale tra i due concetti: autorità è un attributo di ruolo, autorevolezza definisce la qualità della persona che quel ruolo ricopre con la capacità e il rispetto dovuti. Autorità è una funzione di servizio, necessaria al perseguimento di determinate finalità. A chi compete esercitarla è affidato il compito di promuovere la crescita e lo sviluppo (*augere*) di coloro che vi dipendono (altra caratteristica del ruolo d'autorità è l'asimmetria).

Le relazioni terapeutiche sono impostate sull'asimmetria di ruolo e sulla reciprocità e parità umana e personale di chi vi è coinvolto.

Terapeuta e paziente sono persone, e tutte le differenze di natura oggettiva e soggettiva che intercorrono tra loro (l'età, il grado di maturazione umana, il livello di sofferenza, i valori di riferimento, ecc.) non intaccano il principio della parità e reciprocità in fatto di libertà e responsabilità di sé.

Ciò che differenzia le due figure è la posizione occupata: d'autorità (e di capacità, di competenza, di adultità, ecc.) quella del terapeuta; di bisogno, di richiesta d'aiuto, di dipendenza quella del paziente.

Così come su un piano inclinato è la differenza di livello a determinare il movimento di un oggetto, così il processo (vita, apertura, movimento, scambio) della relazione terapeutica è sostenuto dal dislivello dei due ruoli (con la differenza che nella relazione terapeutica il movimento è dal basso verso l'alto).

È la domanda di aiuto del paziente a mettere in moto la relazione col terapeuta, e tutto il successivo dinamismo che si sviluppa nella dialettica tra domanda e risposta è sostenuto da questo dislivello iniziale. Nel momento in cui la domanda del paziente si esaurisce, o si interrompe, il dinamismo viene meno, e le persone del terapeuta e del paziente, private del dislivello delle loro due posizioni, vedono venir meno il loro rapporto. Cos'altro infatti avrebbero da dirsi?

Parlando di domanda e risposta va specificato che i due termini vanno intesi in un'accezione che va al di là del loro significato letterale: tutte le manifestazioni verbali, comportamentali, affettive, emotive che il paziente indirizza verso il terapeuta fanno parte della sua domanda; analogamente, tutte le manifestazioni del terapeuta verso il paziente fanno parte della sua risposta.

Anche se si usa dire che la funzione del terapeuta consiste nell'interrogare (falsificare) le false concezioni di sé e del mondo relazionale circostante in cui si dibatte il paziente, quest'interrogazione fa parte della risposta, nel senso che è lo strumento del terapeuta di rispondere alla domanda d'aiuto.

Tutte le esperienze terapeutiche, dalle più fugaci e transitorie a quelle più strutturate e prolungate, si reggono sulla processualità tra domanda e risposta, sull'alternarsi delle "mosse" di ciascuno dei due interlocutori. Come avviene in certi giochi o sport (carte, scacchi, tennis), dove all'interno di regole predefinite e condivise i giocatori agiscono in base alle azioni dell'altro, così terapeuta e paziente interloquiscono, in reciprocità personale e dall'asimmetria dei rispettivi ruoli, secondo una logica che prevede il terapeuta rispondente *sulla* domanda del paziente, nel senso di indicare al paziente le modalità malate (reattive, illusorie) con cui si rappresenta al mondo e che il terapeuta riceve sulla propria pelle.

Per esprimere il senso della parità e della reciprocità che vigono tra paziente e terapeuta, e la proporzione dello spazio a disposizione di ciascuno dei due, ricorro da qualche anno al *fifty-fifty*. Parlo ovviamente di spazio in senso figurato: immaginando la relazione terapeutica come un insieme, tutto quanto si svolge e si determina dentro di esso vede i due protagonisti impegnati e partecipi in eguale misura. Dall'interno dei rispettivi ruoli terapeuta e paziente, in quanto persone, condividono la stessa condizione in fatto di libertà e responsabilità. La libertà di scegliere, di accogliere, di rifiutare; la responsabilità dei propri atti e delle proprie azioni.

Sempre, in ogni caso? Sì, in linea di principio, non vedo altra risposta possibile, date le premesse. Se così non fosse, chi altro, e con quali criteri, con quale competenza, con quale potere potrebbe stabilire limiti ed eccezioni a questo principio?

Sappiamo quanto i comportamenti umani, nella vita e nella clinica, possano contraddire anche i principi più riconosciuti e condivisi, ma c'è una differenza essenziale, proprio in fatto di libertà e responsabilità, tra ritenere un principio valido e vincolante sempre, e ammettere invece che esso possa ammettere deroghe ed eccezioni. Se ritengo il *fifty-fifty* vincolante sempre, mi adopererò per rispettarlo anche in situazioni difficili e impegnative, e in caso contrario riconoscerò almeno la responsabilità del mio limite soggettivo. Se accetto in partenza che siano previste eccezioni, potrei sempre attribuire al paziente o a circostanze esterne una mia personale rispettabilissima incapacità. Penso ad esempio a certe situazioni limite come nel caso di pazienti che suscitano in noi timori di comportamenti auto od etero distruttivi

Riprendo infine quel "se vuole" con cui mi sono riferito alla paziente del medico condotto, per sottolineare la parte decisiva, ai fini della cura e del cambiamento, del ruolo della volontà.

Si può trascorrere un'intera vita all'insegna della sofferenza e del desiderio della cura, senza ricorrere a quell'atto che consiste nel sollevare la cornetta e chiedere un appuntamento a un terapeuta.

Si possono trascorrere lunghi anni in terapia e raggiungere una sempre maggiore consapevolezza di tutte le traversie affettive della propria storia di figlio senza che per questo si sposti di un solo centimetro il proprio modo di funzionare nell'attualità.

Che cosa te ne fai delle conoscenze acquisite? Che cosa te ne fai delle emozioni e dei sentimenti di cui hai potuto riappropriarti, grazie anche all'averli sperimentati nel vivo del rapporto con il tuo terapeuta?

Questo per dire che senza una presa di posizione in prima persona, senza un'assunzione di responsabilità di fronte alla propria ferita, la salute possibile rimane un traguardo illusorio.

La paziente della vignetta clinica è evidentemente ricorsa a quell'atto, ha preso posizione, ha scelto. Come concludere nel tempo che mi è stato assegnato queste note, che molto hanno a che fare con la psicoterapia come etica, ma meno, temo, con il concetto di postmodernità?

"Curarsi per curare" è il titolo dato a questa breve relazione. Intende dire che la parte di responsabilità della cura che compete al terapeuta consiste nel suo curare il proprio personale modo di funzionare nel ruolo.

Avendo a disposizione un insieme di riferimenti, di criteri, di principi nei quali crede e che ha fatto propri, egli si propone di agire e rispondere al paziente conformemente a essi.

Proposito che può scontrarsi in ogni momento della cura con le reattività e le conflittualità residuali della sua ferita primaria, e con gli investimenti affettivi e le proiezioni fantasmatiche del paziente su di lui.

Questo *curarsi* del terapeuta corrisponde al concetto, e alla pratica, della formazione permanente.

