

Gaspare Vella

La relazione psichiatra-paziente

Di ogni relazione, in generale, bisogna considerare la struttura, vale a dire gli elementi che la compongono.

Gli elementi strutturali della relazione sono:

- Due o più entità relative (non assolute).
- In parte (con parti) differenti e in parte (con parti) comuni.
- Pre-disposti alla co-rispondenza (*se habere ad*).
- Qualcosa che inter-corre (inclusione) o non intercorre (esclusione) tra le entità.
 - in modo ordinato
 - che le connette
 - che le rende interdipendenti per la parte che le connette
 - reciprocamente relative in funzione del significato/valore di ciascuna entità e al variare di quel significato.

Questi elementi, che mantengono la loro distinzione, ma in una condizione di reciproca interdipendenza, fanno sì che, di quella data relazione, emerga la "qualità emergente", che la caratterizza e la distingue da altri tipi di relazione. Per esempio, le relazioni coniugali, genitoriali, filiali, fraterne, gerarchiche, didattiche, organizzative, spaziali, temporali, causali, motivazionali, e così via.

In ogni relazione interpersonale bisogna considerare:

- 1) l'identità dei contraenti la relazione;
- 2) le cause e/o i motivi che li spingono ad entrare in relazione;
- 3) il fine della relazione;
- 4) i mezzi usati per raggiungere il fine;
- 5) l'ordine, gerarchico o paritetico, proprio di quella determinata relazione;
- 6) la durata della relazione.

Questi elementi costitutivi di ogni relazione interpersonale sono presenti, in modo peculiare e caratteristico, anche nella relazione psichiatra-paziente.

Alcuni sono ovvi, almeno nel senso che sono presupposti anche se, di per sé, costituiscono problema, oggetto di dibattito ancora attuale, come, ad esempio, l'identità dello psichiatra.

Le cause e/o i motivi che li spingono ad entrare in relazione sono diversi nello psichiatra e nel paziente; si suppone che siano complementari nel senso che alla "vocazione" dello psichiatra di liberare il suo paziente dalla sofferenza corrisponde il bisogno del paziente di essere liberato e di affidarsi alla competenza di un tecnico, con il quale stabilire una relazione non solo tecnica, ma più profondamente interpersonale.

Il fine della relazione dovrebbe essere quello della "guarigione" che, una volta ottenuta, segnerebbe la fine della relazione. Ma guarigione, in psichiatria, ha almeno due significati:

- 1) quello della eliminazione della causa patogena con conseguente ripristino della salute (così come avviene in medicina per mezzo di una terapia somatica);
- 2) quello di ristrutturazione di un patologico assetto psichico, tramite la psicoterapia e, in questo caso, il ripristino della salute non equivale ad un ritorno alla condizione pre-terapeutica del paziente, ma vuol dire un fatto nuovo, nel senso di uno sviluppo, una crescita, una maturazione.

Nella relazione mediata dal farmaco, l'ordine è gerarchico e si basa sulla superiorità della competenza tecnica dello psichiatra e tale si mantiene sino alla fine, anche per quanto riguarda la gestione degli eventuali problemi interpersonali relativi al controllo della *compliance*. Diversa la situazione in psicoterapia, dove la superiorità tecnica del terapeuta

sfuma, in un lavoro ben fatto, verso la pariteticità, man mano che il paziente acquista il controllo di se stesso e il proprio libero potere decisionale, in ordine a quanto lo riguarda personalmente.

Nella relazione con il suo paziente, lo psichiatra si trova a fronteggiare un campo fenomenico complesso che si può ridurre a due categorie di fenomeni: i fatti e gli eventi.

I fatti sono gli accadimenti, sono ciò che accade o è accaduto, nello spazio e nel tempo, la cui manifestazione è riconosciuta, inequivocabilmente, da tutti coloro che ne vengono a conoscenza. Sono fatti, ad esempio, tutti i *data*: i dati anagrafici, quelli relativi alla età, al sesso, all'etnia, alla somministrazione dei farmaci, ai ricoveri, e così via.

I fatti si possono dimenticare e mentire, ma non possono essere negati o cancellati nella loro fatticità. Vi sono fatti presunti, che in realtà non sono mai accaduti; ma i giudizi ad essi relativi sono formulati dal soggetto, ragionevolmente o passionalmente, come se quei fatti fossero realmente accaduti. Salvo a ricredersi (assolto perché il fatto non sussiste).

Gli eventi sono costituiti dai significati - individuali, diadici, triadici, familiari, gruppali, sistemici - che vengono attribuiti ai fatti. Per cui, tutti gli eventi sono legati ai fatti (veri o presunti) e non esiste fatto che, essendo conosciuto, non venga eventizzato, non divenga evento.

Per esempio, il fatto che io sia nato quel giorno di quell'anno, maschio e primogenito, abbia conseguito determinati status e ruoli, ha assunto e continua ad assumere significati diversi e particolari, ma tutti collegati, per me, i miei genitori, i miei nonni, i miei fratelli, mia moglie, i miei figli, i miei superiori, i miei sub-ordinati; per me e per tutti coloro che mi toccano e mi concernono nella rete di relazioni, familiare e sociale, che si svolgono nel tempo della mia vita.

La distinzione tra fatti ed eventi è fondamentale per un corretto rapporto (cognitivo, affettivo ed etico) con il paziente.

I fatti si susseguono e sono legati tra loro dalle leggi che regolano il rapporto, in sé necessario ed inequivocabile, tra causa ed effetto. Questo metodo di conoscenza è proprio della formazione medica, nella raccolta dei dati anamnestici, nel ragionamento clinico (diagnostico e terapeutico) e nella dimostrazione scientifica. Dalla conoscenza dei sintomi-effetto si risale (quando si può) alla eziologia-causa. La *ratio* ideale di ogni terapia somatica è quella di rimuovere la causa patogena o, quanto meno, diminuirne il potenziale.

I significati attribuiti agli eventi sono tra loro legati, nella mente del soggetto, dalla catena motivazionale ancorata alla storia.

Ben diversa sarà la relazione con il paziente se lo psichiatra si troverà a confrontarsi con una serie di fatti o di eventi psicopatogeni, ciascuno nel suo ordine. In altre parole se dovrà confrontarsi con una sindrome somato-endogena o psicogena.

È utile allora procedere all'analisi fenomenica dei temi che il paziente manifesta, spontaneamente, o stimolato dalla abilità dialogica (non dialettica) dello psichiatra.

Nei temi *psicogeni*, la catena dei significati motivazionali, elaborati dall'Io, struttura una successione tematica, e, in questa, i temi mantengono una loro intrinseca, stabile, correlativa *coerenza* fra presente, passato e futuro, tra mondo interno e mondo esterno, nella transitorietà di situazioni che mutano e passano, o nella durata di condizioni vitali che non cambiamo, nella continuità o nella discontinuità delle scelte, nelle varie età del ciclo vitale, nelle crisi di passaggio da una età del ciclo vitale, ad un'altra, nelle crisi reattive ad eventi decisivi, attesi o imprevisti, della storia individuale.

La *coerenza significativa* dei temi, nella psicogenia, si coglie attraverso l'analisi delle motivazioni in essi sempre presente e *dinamicamente* operanti.

La persistenza o il cambiamento dei temi è sempre ancorata alla persistenza o al cambiamento dei motivi, in continuo tentativo di adattamento dinamico alle situazioni e alle condizioni, sempre volto al futuro.

In ogni caso, tra motivo e manifestazione psichica si mantiene sempre, nella coerenza significativa, una *unità di significato*.

Manifestati nel presente, si proiettano teleonomicamente nel futuro attraverso i progetti, le tattiche e le strategie per attuarli.

Sono flessibili nel senso che variano, di continuo e in una continuità, secondo le circostanze e le motivazioni del soggetto. Si avvicinano al modo di tematizzare del soggetto "normale", in quanto reattivi e co-rispondenti agli stimoli del mondo interno e del mondo esterno, in continua e coerente relazione di significato nella mente del soggetto, oscillante tra presente, passato e futuro. La coerenza significativa si coglie attraverso l'analisi delle motivazioni sempre presenti e dinamicamente operanti.

Si susseguono collegati in modo comprensibile e l'osservatore ne coglie la comprensibilità, a mezzo della immedesimazione intuitiva o l'interpretazione.

Sono elaborati dinamicamente dall'Io, secondo le operazioni sue proprie, che li considera "valori".

Il soggetto, implicitamente o esplicitamente, ammette una possibilità di alternativa decisionale. Conserva la possibilità di distinguere il causale dal casuale, il possibile dall'impossibile, il probabile dall'improbabile, il rilevante dall'irrilevante, il rinunciabile dall'irrinunciabile.

Sono resistenti al cambiamento, ma in forma dinamica, all'interno della relazione intersoggettiva. Le resistenze si manifestano e sono coglibili in una serie di azioni, reazioni e retroazioni nel corso della relazione intersoggettiva. Lo psichiatra si sente allora toccato, confrontato, a volte sfidato nella sua concezione del mondo o nel suo personale stile di comportamento.

Nei temi *endogeni*, l'Io non domina più il suo tema, non ne può più disporre ma ne è posseduto e ne è spinto. Il tema endogeneizzato viene rimuginato dall'io in modo costrittivo, privato dalla flessibilità del soggetto, nella normale ricerca delle alternative, nel perseguimento della meta della propria motivazione. La motivazione è quindi livellata e privata della inerente prospettiva volta al futuro. Il contenuto biografico del tema diventa smisurato (autoriferimento generalizzazione) e, quindi, sganciato dagli eventi che costituiscono la originale storia del soggetto e lo stimolo variabile degli eventi molteplici e diversi.

Il tema endogeneizzato costringe l'Io, blocca la flessibilità del soggetto, nella normale ricerca delle alternative, nel perseguimento della meta della propria motivazione. La motivazione, quindi, sarà livellata e privata della inerente prospettiva volta al futuro. Il contenuto biografico del tema diventa smisurato, con autoriferimento, generalizzato, con delirio, e, quindi, con sganciamento dagli eventi, che costituiscono la trama dell'originale storia del soggetto, con la diversità e variabilità degli stimoli e delle risposte relativi alla diversità e molteplicità degli eventi stessi.

L'esperienza vitale dei sintomi endogeni non viene dinamicamente elaborata dal soggetto dopo la loro scomparsa. I vissuti e le conseguenti norme dei comportamenti sono dimenticati o sono parzialmente, ed oscuramente ricordati, ma come "altro da sé", non come elementi vitali che l'Io considera come suoi propri, facenti parte delle sue motivazioni, della sua storia personale.

Nella loro attualità, i temi endogeni si riferiscono simbolicamente a fasi precocissime dello sviluppo affettivo/cognitivo. Ma, cessata l'acuzia psicotica, non sono utilizzabili per un approfondimento psicoterapeutico: vengono dimenticati e, quando si ripresentano, nel corso di un processo fasico, il soggetto non li rivive come se li avesse già vissuti.

Il soggetto appare incapace di progettare il suo futuro.

I temi non sono flessibilmente reattivi e co-rispondenti agli stimoli della relazione intersoggettiva. L'osservatore non coglie una eventuale reattività co-rispondente agli stimoli del mondo interno. Sono fissi, cristallizzati, quale che sia l'originale e irripetibile storia del

soggetto. Sono eguali per tutti i soggetti. Ma sono specifici della sindrome della quale sono sintomi (ansia endogena, depressione, mania, schizofrenia). Sono modificabili con decorso formalmente identico per tutti i soggetti e per ciascuna sindrome (progressiva rarefazione della loro presenza nello stato di coscienza e conseguente presa di distanza dell'Io) come effetto di psicofarmaci più o meno specifici per una determinata sindrome (neurolettici, timoletici, ansiolitici). Sono "incomprensibili" (non sono psicologicamente derivabili). Escludono l'immedesimazione intuitiva. Non sono suscettibili di interpretazione efficace per il cambiamento.

Il soggetto vive e soffre l'impossibilità di alternativa. Non è capace di distinguere. Si esprime con giudizi rigidi, incontrovertibili, totalizzanti.

Le resistenze appaiono statiche, fuori dalla relazione intersoggettiva. Nel colloquio lo psichiatra impatta nel "muro" nel *non sequitur*. Non esiste scambio reciproco di significati. Persiste l'autoreferenzialità totalizzante con perdita della capacità di distinguere il me concernente dal non me concernente.

Diversa la manifestazione di temi nella sindrome *psicorganica*, dove o sono distrutti, cioè fenomenicamente inapparenti (come nello sfacelo mentale della demenza) o destrutturati (come nella confusione) e si possono manifestare, in quel che di comprensibilmente significativo si può cogliere, con frammenti o spezzoni patoplastici, nel contesto di una sindrome dissociativa secondaria.

Nel corso di una terapia psicofarmacologica, può mutare il significato della relazione psichiatra-paziente; all'ordine causale può subentrare l'ordine motivazionale e così mutare la distanza interpersonale e il fine della relazione terapeutica.

Ad esempio, quando gli antidepressivi sono efficaci, la loro azione psicotropa si manifesta con una successione di fenomeni che è formalmente sempre la stessa, in tutti i pazienti, indipendentemente dalla struttura chimica della sostanza e dal tipo di sindrome, nell'ambito dello spettro depressivo. Se ci sono variazioni di risposta al farmaco rispetto alle diverse strutture dei farmaci o alle diverse entità sindromiche, queste diversità si riferiscono ad un discorso strettamente somatologico, nell'ambito di variabili farmacologiche relative alla reattività corpo-farmaco. Intendo riferirmi alla risposta e non risposta terapeutica al farmaco; alla rapidità intensità e durata della risposta, al rapporto risposta/dose del farmaco, agli effetti secondari non desiderati e così via.

Dal punto di vista psicotropo, invece, la successione dei fenomeni consiste in una progressiva rarefazione nello stato di coscienza dei vissuti depressivi, con una progressiva presa di distanza dell'Io del paziente da quei vissuti. Contemporaneamente si verifica, a seconda del precedente grado di inibizione depressiva, un riapparire e progredire della iniziativa, vale a dire della attività, vale a dire del movimento, nei diversi correlati ed integrabili aspetti della sua persona, nei vissuti come nei comportamenti, dalla motricità corporea, alla capacità associativa, alla flessibilità ideo-affettiva, correlata al rifluire dei temi motivazionali, ancorati alla storia del soggetto ai progetti per il futuro.

All'inizio, di questo cambiamento il paziente non se ne rende conto, ancora preso dai vissuti depressivi endotimici. Pian piano, riconosce di stare meglio e comincia a parlar di dimissione (quando la terapia si è svolta in degenza) e a far progetti per il suo futuro.

A questo punto del cambiamento, il paziente, quasi sempre, pensando al suo futuro, cerca di collegare significativamente, spesso razionalizzando, le ragioni della sua depressione al suo passato, parlandone con riferimento a conflitti, frustrazioni, eventi vitali, secondo lui depressogeni.

È evidente che, a questo punto, per ragioni che non conosciamo con sufficiente completezza, ma certamente a causa dell'azione psicotropa dell'antidepressivo, all'ordine dei fenomeni endogeni, manifestato da sintomi psicopatologici, vissuti dal paziente ma obbiettivabili solo dall'osservatore, si è progressivamente sostituito l'ordine dei fenomeni psicogeni, la cui conoscenza, da parte dell'osservatore, esige non più un atteggiamento

obbiettivo, ma una comunicazione (verbale e non verbale) che permetta uno scambio di significati, da soggetto a soggetto. Cambia così, e radicalmente, il tipo di relazione.

Anche per quanto riguarda il consenso da acquisire per un corretta relazione psichiatra-paziente, bisogna distinguere.

In patologie sostenute da cause somatiche, compatibilmente con l'acuzie e la presenza o assenza della coscienza di malattia, valgono le norme del Codice di Deontologia Medica del F.N.O.M., relative alle informazioni da dare al paziente, ai suoi congiunti e al consenso informato.

Nella relazione psicoterapeutica il consenso del paziente assume peculiari significati tecnici legati ai modi necessari per instaurare e perfezionare, nel corso della psicoterapia, l'alleanza terapeutica, necessaria al raggiungimento delle finalità del progetto terapeutico, per ottenere quei cambiamenti che, incindibilmente e contemporaneamente, si riferiscono al parziale cambiamento dell'assetto mentale del paziente e della sua relazione con il terapeuta.

In psicoterapia, quindi, il consenso è un processo in continuo divenire, un con-sentire, un sentire-con, tra paziente e terapeuta. In questo processo sono coinvolti tanto il paziente che il terapeuta, in una continua acquisizione, correlazione e integrazione di significati, tanto nella mente del paziente, quanto in quella del terapeuta; significati ancorati alle motivazioni, dinamicamente operanti, nella storia del paziente; significati strutturanti l'evoluzione della relazione terapeutica, nel contesto di un loro continuo e reciproco scambio tra paziente e terapeuta; scambio di significati che costituisce l'essenza di qualsiasi relazione psicoterapeuta.