

# **DURANTE LA PSICOTERAPIA**

(2<sup>a</sup> edizione)

---

*Questo fascicolo contiene una serie di riflessioni relative a situazioni e problematiche particolari che si possono incontrare nel corso di una psicoterapia.*

*Si rivolge perciò soprattutto a chi esercita la professione di psicoterapeuta ma può essere letto con curiosità anche da tutti coloro che sono interessati, in qualche modo, a questa materia.*

---



**Associazione Italiana di Psicoterapia Umanistica**

Via Don Carlo Porro, 6 - 20128 Milano - Tel. 02.2571166  
P.zza dei Giustiniani, 6 - 16123 Genova - Tel. 348.3049992

## **AIPU - Associazione Italiana di Psicoterapia Umanistica**

L'AIPU è un'Associazione senza fini di lucro che raccoglie intorno a sé, come soci o collaboratori, terapeuti ed Istituti che lavorano con metodologie diverse ma che hanno in comune il modo di concepire la terapia ed il tipo di rapporto con il paziente. I principi che li accomunano sono i seguenti.

- I problemi psicologici vengono presi in considerazione, fin dove possibile, non come "malattia" ma come un maggiore o minor disagio esistenziale causato, per lo più, da una non completa maturazione dell'individuo.
- Ogni persona ha in sé l'embrione di una creatura completa ed equilibrata. Il principale compito della psicoterapia è quello di aiutarla ad eliminare i blocchi che le impediscono di esprimere ed espandere le proprie potenzialità.
- L'atteggiamento del terapeuta dev'essere caratterizzato soprattutto dalla spontaneità, dall'accettazione e dall'amore, che sono i principali strumenti terapeutici.
- Il terapeuta non è un maestro che si pone come modello o come consigliere; il suo unico compito è quello di aiutare il paziente a trovare il proprio specifico equilibrio.

Le nostre proposte si rivolgono sia alle persone che soffrono di disturbi del comportamento e della vita di relazione sia a quelle che vogliono realizzarsi più pienamente attraverso la libera espressione di tutti i tratti della loro personalità.

### **Per ricevere i fascicoli AIPU**

Chi lo desiderasse può ricevere i fascicoli dell'Aipu:

- "Introduzione alla psicoterapia" (2002)
- "La Biogestalt" (2001)
- "Durante la psicoterapia" (2003)
- "Testimonianze di psicoterapia" (1999)
- "Psicoterapia in gocce" (2001)
- "Emozioni, paradossi e riflessioni" vol. 1 e 2 (2002)

Per ottenerli è sufficiente telefonare all'AIPU (tel. 02.2571166-348.3049992). Per facilitare la diffusione di queste pubblicazioni ne abbiamo contenuto sensibilmente il prezzo.

# INDICE

<b>1 - PREMESSA</b>	pag.	4
<b>2 - LA PRIMA TELEFONATA</b>	pag.	4
<b>3 - IL PRIMO INCONTRO</b>	pag.	6
<b>4 - IL "CONTRATTO"</b>	pag.	7
<b>5 - IMPORTANZA DEL RAPPORTO TRA PAZIENTE E TERAPEUTA</b>	pag.	8
a - Trasformazione del rapporto durante la psicoterapia		
b - Problemi affettivi del terapeuta		
c - Il rapporto dopo la terapia		
<b>6 - TELEFONATE E CONTATTI AL DI FUORI DELLE SEDUTE</b>	pag.	13
<b>7 - GLI STRUMENTI TERAPEUTICI</b>	pag.	14
<b>8 - RIFLESSIONI SU COME IL PAZIENTE PUO', FISICAMENTE, PORSI DURANTE LA SEDUTA</b>	pag.	17
a - L'abbigliamento - Togliere orologio, accessori, gioielli, scarpe.		
b - Seduti o sdraiati?		
c - Seduti per terra		
d - Occhi aperti-Occhi chiusi.		
<b>9 - TERAPIA IN LINGUA MADRE - RITROVARE LE RADICI</b>	pag.	20
<b>10 - I SOLDI NEL RAPPORTO CON IL PAZIENTE</b>	pag.	22
a - Premessa		
b - Dipendenza economica dal paziente		
c - Soldi e amore		
d - Tariffe - Differenziazioni - Terapia gratuita - Aumenti		
e - Terapia pagata da altri		
f - Modalità di pagamento		
<b>11 - L'IMPORTANZA DEL "CAPIRE" - LE INTERPRETAZIONI</b>	pag.	29
<b>12 - TERAPIA DIRETTIVA - I COMPITI A CASA</b>	pag.	32
<b>13 - INTERRUZIONI E FINE DELLA TERAPIA</b>	pag.	34

## **1 - PREMESSA**

*In questo fascicolo sono riportate alcune considerazioni personali su momenti, situazioni e problematiche particolari della psicoterapia.*

*Affronterò argomenti che esulano, per quanto possibile, dal tipo di approccio utilizzato in modo che le mie considerazioni possano interessare qualunque psicoterapeuta.*

*Desidero anche sottolineare il fatto che, attraverso l'espressione del mio pensiero e la descrizione delle mie modalità di comportamento, non intendo trasmettere alcuna "certezza" dato che il mio modo di fare terapia è soltanto il mio e non quello "giusto" né tantomeno il "migliore".*

*Tra l'altro il nostro mestiere è forse, insieme a quelli di tipo artistico, quello nel quale si riflette di più il carattere di chi lo esercita e pertanto ognuno non può che avere un proprio modo originale di praticarlo.*

*Come unico obiettivo pertanto mi pongo quello di aiutare giovani psicologi o psicoterapeuti a riflettere su questi argomenti in modo da riuscire a trovare, ognuno, il proprio specifico modo di operare.*

## **2 - LA PRIMA TELEFONATA**

*Si è scritto molto sulla prima seduta e nel prossimo paragrafo tratterò anch'io questo tema. Prima però desidero parlare delle difficoltà che ho incontrato per riuscire ad avere un atteggiamento per me soddisfacente in occasione della prima telefonata. Mi riferisco soprattutto a quelle nelle quali la richiesta del paziente non è ben definita, in quanto egli non ha ancora preso una decisione né sull'iniziare una psicoterapia né sulla scelta dello psicoterapeuta.*

*In questi casi la richiesta telefonica è più o meno del tipo: "Dottore, ho una serie di problemi che vorrei affrontare ma non so bene cosa fare e avrei bisogno di parlarne con lei". Dietro queste parole c'è spesso la richiesta, non esplicitata, di un incontro gratuito che non sia ancora terapia e nel quale egli possa esporre i propri problemi, sentire il mio parere, discutere sull'opportunità di una psicoterapia e verificare se, come terapeuta, io posso essere di suo gradimento.*

*In una **prima fase** del mio lavoro ho scelto di soddisfare quest'aspettativa facendo molte prime sedute gratuite, come incontri di conoscenza necessari per poter decidere se intraprendere o meno una psicoterapia e se farla con me. Ritenevo*

corretto tale comportamento dato che mi sembrava naturale concedere una seduta informale prima di avviare una vera e propria psicoterapia.

Alla luce delle esperienze successive mi sembra che quella scelta fosse in parte giusta ma in parte anche strumentale: avevo infatti ancora un forte bisogno di essere accettato, di piacere e di essere scelto, bisogno che mi portava a comportarmi spesso, senza accorgermene, in modo compiacente. Inoltre non avevo ancora clienti in numero sufficiente e pertanto la prima seduta gratuita aveva anche una funzione promozionale.

In una **seconda fase** il mio stato d'animo cambiò e mi portò a ragionare diversamente: "Perchè devo regalare un'ora e mezza (questa è la durata della prima seduta) del mio tempo di lavoro?" mi chiedevo. "Il primo incontro, in realtà, è una vera e propria seduta e quindi è giusto che venga pagata" "Quando si va per la prima volta da un medico non gli si chiede mica di fare gratuitamente la prima visita per poterlo valutare e per verificare se la cura può essere efficace!"

Era un periodo di reazione e di affermazione di me stesso nel quale non accettavo più di scendere a compromessi solo per essere ben voluto e scelto. Naturalmente, come spesso succede, ero passato da un estremo all'altro.

Da quel momento, nel corso della prima telefonata, informavo la persona interessata che il primo incontro era a pagamento e ne precisavo la durata ed il costo.

**Oggi** non seguo più uno schema fisso di comportamento ma mi adatto al tipo di richiesta e a come mi viene posta. Non faccio più nulla per piacere ma neanche nulla per afferarmi. Poichè ritengo che uno degli elementi più efficaci per stimolare la crescita sia il rischio, inteso in senso lato, spesso invito il cliente a "rischiare" di fare, come primo incontro, una vera e propria seduta a pagamento anche senza conoscermi. Se però percepisco nella sua voce stanchezza, scoraggiamento o delusione, magari per una precedente terapia che non ha dato risultati, accetto volentieri che il primo incontro sia gratuito. Quando invece dalla voce trapela la personalità di un "bambino" che ha ancora molta voglia di "prendere senza dare", mi limito a far presente che il primo incontro è una vera e propria seduta oppure dico: "Se lei desidera vedermi per conoscermi mi fa piacere incontrarla. A causa dei miei impegni potrò però dedicarle solo poco tempo nel quale, non trattan-

dosi di una seduta, posso rispondere a tutte le sue domande su di me e sul mio modo di lavorare, senza però prendere in considerazione i suoi problemi dato che ciò mi impegnerebbe in un vero e proprio lavoro terapeutico".

Sintetizzando direi che il mio atteggiamento nel tempo è cambiato non tanto perchè sono cambiati i presupposti teorici del mio approccio quanto perchè, da un lato, attribuisco molto più valore a me stesso e al mio lavoro ma dall'altro sono molto più disponibile a "regalarmi".

### **3 - IL PRIMO INCONTRO**

Non la chiamo "seduta" perchè l'elemento dominante di questa esperienza è proprio "l'incontro" tra due persone.

Per questo stesso motivo in tale circostanza utilizzo pochissimi strumenti tecnici e cerco invece di contare al massimo sulla mia sensibilità per intuire tutto quello che può esserci di non esplicitato in ciò che il cliente mi trasmette con le sue parole ed i suoi comportamenti. Cerco di fargli sentire tutta la mia disponibilità e la mia attenzione non giudicante, in modo da aiutarlo a fidarsi e ad aprirsi. Uso la massima delicatezza ma cerco di trasmettergli anche la mia forza in modo che egli senta che sono in grado di sostenerlo e proteggerlo.

Prendo solo brevi appunti centrati molto più su ciò che io percepisco del paziente e sulle emozioni che mi vengono da lui che non sulle informazioni che egli mi fornisce.

Contemporaneamente però ascolto con attenzione cosa provo io nei suoi confronti anche per verificare la mia vera disponibilità verso di lui. Infatti preferisco prendere in terapia solo le persone verso le quali non sento particolari resistenze. In realtà poi il senso di empatia e di solidarietà fa sì che io accetti praticamente tutti coloro che si rivolgono a me. Se però mi succede di non "sentire" una persona preferisco non iniziare la terapia e posso dirglielo chiaramente (quando sono sicuro che ciò le possa essere d'aiuto) oppure dirle semplicemente: "...non ho più ore disponibili...". Di fatto ricordo solo tre casi nei quali ho preferito indirizzare il paziente ad un collega.

Dal momento poi che desidero lavorare solo con pazienti veramente motivati alla terapia, non accetto quasi mai che decidano subito alla fine del primo incontro. Chiedo di lasciar passare un paio di settimane e poi, eventualmente, di ritelefonarmi.

Delle persone che si erano dichiarate, già nella prima seduta, pronte ad iniziare la terapia, una piccola percentuale non mi ha più richiamato evidenziando così un livello di motivazione insufficiente.

L'argomento di questo paragrafo è secondo me delicato e complesso e mi rendo conto di averlo trattato in maniera superficiale per un problema di spazio disponibile per il testo.

Perciò se qualche collega desiderasse ulteriori chiarimenti e volesse condividere con me le proprie esperienze, mi farà piacere parlarne.

#### **4 - IL "CONTRATTO"**

Non mi piace imporre troppe regole al paziente, forse perchè io stesso le tollero poco. So però che sono necessarie per la sua crescita, per proteggerlo dalle sue resistenze e per tutelare il mio lavoro. In genere, all'inizio di un trattamento, fisso solo le seguenti regole (e in modo abbastanza elastico....).

- Se il paziente **arriva in ritardo** la seduta termina ugualmente all'ora prevista. Talvolta, però, se ne ho la possibilità e se mi sembra che il ritardo non sia stato voluto, anche se inconsciamente, prolungo leggermente la seduta.

- Se il paziente **disdice una seduta** e mi avverte con meno di due giorni di anticipo gli addebito metà del suo costo. Alla domanda: "Perchè la metà? E perchè due giorni?" non so dare una risposta precisa e razionale: "Perchè ritengo giusto così". "Perchè in quell'ora, anche se il paziente non mi avesse avvertito, avrei comunque avuto altri lavori da fare". "Perchè mi sarebbe piaciuto che anche il mio terapeuta avesse adottato la stessa regola". "Perchè sento come punitivo far pagare l'intera seduta ad un paziente che non avrebbe, comunque, potuto essere presente e che, oltretutto, mi ha avvertito della sua assenza". E così via.

- Per quanto concerne la **frequenza delle sedute** non mi sento di imporla e mi limito perciò a consigliarne una iniziale che mi riservo poi di modificare, di comune accordo col paziente, nel corso della terapia. Nella maggior parte dei casi, per un esito rapido e positivo del trattamento, ritengo sia utile effettuare una seduta alla settimana.

Capita però che le condizioni economiche del paziente gliene permettano soltanto una ogni quindici giorni. In questi casi accetto quasi sempre tale frequenza in quanto non voglio che sacrifici economici eccessivi possano costituire un ostacolo

reale alla terapia. Magari propongo il compromesso di effettuare sedute di un'ora e mezza.

Naturalmente informo il paziente che la minor frequenza degli incontri può allungare sensibilmente la durata del trattamento o diminuirne l'efficacia. La scelta della frequenza è comunque un elemento importante che merita un'attenzione particolare e una discussione approfondita con il paziente.

## **5 - IMPORTANZA DEL RAPPORTO TRA PAZIENTE E TERAPEUTA**

### **a) Trasformazione del rapporto durante la psicoterapia**

Il rapporto tra terapeuta e paziente è di fondamentale importanza in qualunque tipo di psicoterapia ma soprattutto in quelle "umanistiche", nelle quali il terapeuta utilizza come strumento non solo il transfert ma anche il controtransfert e stabilisce con il paziente un rapporto "caldo" che punta sulla vicinanza come strumento per far riaffiorare le emozioni rimosse.

In un iter terapeutico normale (cioè non caratterizzato da specificità troppo marcate) il rapporto inizia con un'attribuzione al terapeuta, da parte del paziente, di un potere di tipo prevalentemente genitoriale, cioè un ruolo di guida, sostegno, nutrimento e consolazione. Il terapeuta si assume tale potere e lo utilizza per sostenere il paziente.

Soprattutto in questa fase è importante che egli non dimentichi mai che:

- il suo potere in terapia è solo quello che gli attribuisce il paziente;
- che tale potere deve "ritornare" al paziente nel senso di essere utilizzato a suo totale vantaggio.

Se la terapia ha un andamento positivo uno degli indicatori del suo effetto è il progressivo cambiamento di questo rapporto. Infatti, man mano che il paziente migliora il proprio livello di consapevolezza e di accettazione e rinforza la propria autostima ed il proprio autosostegno, si riprende progressivamente il potere/ruolo attribuito al terapeuta. Impara cioè a fare da "padre buono" e "madre buona" a se stesso ed utilizza sempre di più, come parziale supporto alla propria vita, le normali relazioni umane (parenti, amici, maestri di vita ecc.) anziché la terapia ed il terapeuta.



Normalmente nella parte finale della terapia il paziente ha la sensazione di porsi sempre più allo stesso livello con il terapeuta (fermo restando le normali differenze legate soprattutto all'età) e di non avere più bisogno di lui. Il terapeuta non è più padre/madre ma, tutt'al più, amico più grande o fratello maggiore.

Alcuni terapeuti, secondo me quelli che avvicinano il più possibile la terapia ad un'esperienza di vita reale, nell'ultima fase e con i pazienti più maturi rovesciano addirittura, in alcuni momenti, il rapporto di potere. Si lasciano cioè conoscere, manifestano i propri bisogni in momenti difficili di tristezza o di fatica, invertendo momentaneamente la situazione di assistente - assistito.

Sono consapevole che ciò che dico sembrerà molto strano alla maggior parte dei miei colleghi ma l'esperienza mi ha confermato che nella vita di un figlio la sua maturazione non si completa solo attraverso la liberazione dalla dipendenza dai genitori. Ha infatti un'importanza fondamentale l'ultima fase del rapporto cioè quella nella quale il figlio sostiene psicologicamente i genitori e li aiuta ad invecchiare. Egli completa la propria maturazione solo in questa fase nella quale avviene il vero passaggio del "testimone" nella staffetta della vita.

Se tale cambiamento di rapporto può, con alcuni pazienti e sempre nel loro interesse, essere sperimentata anche in terapia, ho constatato personalmente che essi ne beneficiano uscendone rafforzati e più maturi.

Ma anche nel corso della terapia, e non solo alla fine, può accadere che il terapeuta, condividendo con il paziente propri stati d'animo di tristezza o di fatica o di solitudine, possa ottenere risultati positivi inaspettati, sempre che la sua spontaneità venga espressa in un'ottica di assoluto rispetto del paziente. Ciò significa che il terapeuta deve sentire con chiarezza con chi, quando e come possa permettersi tale comportamento.

Potrei citare almeno tre o quattro casi vissuti personalmente e che hanno dato una svolta positiva alla terapia. Mi fa piacere ricordarne almeno uno.

Avevo in terapia da quattro mesi circa una paziente di 32 anni, non sposata, senza figli, con grosse difficoltà a lasciarsi andare e vivere il proprio femminile e la propria parte bambina. Era una terapia difficile perché anche con me lei non "mollava", era diffidente e aveva paura del mio maschile adulto.

Un giorno iniziai la seduta con una sensazione di forte ansia e grande tristezza per motivi familiari. In questo stato d'animo le barriere poste dalla paziente m'intristivano ulteriormente.

Evidentemente qualcosa del mio stato d'animo trapelava dal mio modo di parlare e dal mio sguardo perché, a metà seduta circa, la paziente mi disse "Mi sembri triste. C'è qualcosa che non va?" Dopo una brevissima riflessione decisi di dare spazio al mio stato d'animo e cominciai a parlarle della mia fatica. Mi venne da piangere: decisi di permetterlo e continuai perciò a parlare piangendo. Il viso della paziente si addolcì progressivamente e, ad un certo punto, senza dir nulla, allungò il braccio, prese la mia mano, mi fece sedere sul divano vicino a lei e, mentre continuavo a parlare, mi accarezzò la testa. Poi disse soltanto "Mi fa piacere che tu ti sia fidato di me offrendomi le tue lacrime. Non l'avrei creduto possibile. E' come se ora ti vedessi con occhi diversi".

Accettai il suo sostegno e passati cinque minuti circa, dopo averla ringraziata per come aveva accolto il mio dolore, ripresi il mio ruolo di terapeuta.

Dopo quella seduta la terapia si sbloccò e terminò dopo due anni circa con risultati estremamente positivi.

## **b) Problemi affettivi del terapeuta**

Nel rapporto con il paziente incidono considerevolmente i problemi affettivi non risolti del terapeuta. Desidero parlarne perché ho incontrato spesso giovani colleghi con questo tipo di problemi e con queste brevi riflessioni mi piacerebbe aiutarli ad acquisire maggior consapevolezza su un punto così determinante per il buon risultato delle terapie.

Premetto che l'esistenza di un certo numero di psicoterapeuti con problemi affettivi non deve stupire in quanto la motivazione verso una professione così "di potere" deriva spesso dal bisogno di sfuggire ad una sensazione d'impotenza derivata da bisogni infantili non soddisfatti. E' cioè un modo per compensare, con una posizione di padre / madre potente, un vissuto profondo di figlio impotente. Quest'ambiguità è uno dei maggiori rischi della nostra professione.

Vediamo più nel dettaglio quali possono essere le deformazioni più frequenti del nostro comportamento affettivo nei confronti dei pazienti.

## 1. Comportamento freddo e distaccato.

Questo comportamento è caratteristico di molti terapeuti che lo giustificano come "distanza terapeutica" necessaria per attivare e rinforzare il transfert e determinare una regressione attraverso la frustrazione delle richieste affettive di tipo infantile del paziente.

Ho riscontrato che in alcuni casi l'adozione di tale comportamento era realmente funzionale al risultato della terapia (anche se io non amo particolarmente tale metodologia) ma in molti altri esisteva, nel terapeuta, una paura/resistenza ad entrare in rapporto affettivo con il paziente, un'incapacità cioè ad amarlo veramente che si esprimeva attraverso un'eccessiva distanza dalla sua vita. Freud del resto è un esempio lampante di questo tipo di difficoltà di contatto.

Fortunatamente in molti di questi casi il paziente, ad un certo punto della terapia, non sopporta più di sentirsi così frustrato nel proprio bisogno di attenzione e di partecipazione affettiva alla propria vita e perciò la interrompe.

E' un peccato però che egli esca con una sensazione così negativa di questa metodologia terapeutica.

## 2. Comportamento apparentemente molto oblativo ma, nella realtà, finalizzato a "nutrirsi" del paziente.

E' un atteggiamento molto più sottile, subdolo e manipolatorio del precedente e del quale il paziente può talvolta rendersi conto con molto ritardo o addirittura non rendersi conto.

Molti psicoterapeuti arrivano ad esercitare la professione portandosi dentro, non risolto, un vuoto affettivo, un vuoto di famiglia.

Come ho già detto, per attutire questo vuoto molti tendono a porsi come genitori buoni, iperoblativi e a dare ai pazienti tutto ciò di cui essi stessi avrebbero bisogno. Il risultato però è che il loro dare non solo non li riempie ma tende, nel tempo, ad accentuare il senso di vuoto.

In questa situazione, senza accorgersene, sempre di più il terapeuta dà per ricevere e cerca di "nutrirsi" attraverso il rapporto terapeutico. Può arrivare al limite di avere rapporti amorosi con propri pazienti o, più semplicemente, cercare di creare un rapporto di amicizia con essi senza che ve ne siano i presupposti o le condizioni.

Anche questo tipo di comportamento nevrotico può trovare, come il precedente, una giustificazione tecnica.

Infatti i terapeuti che hanno questo tipo di comportamento appartengono solitamente alla categoria che utilizza la vicinanza terapeutica anziché la distanza, il controtransfert più del transfert e, comunque il proprio coinvolgimento come strumento terapeutico.

Molti pazienti non si rendono conto di come queste dinamiche siano non equilibrate e possono addirittura essere gratificati dal poter avere un rapporto quasi paritetico col proprio terapeuta.

In realtà tale comportamento può:

- compromettere l'esito della terapia poichè non consente al paziente di vivere una regressione abbastanza profonda;
- creare un'ambiguità di ruoli dato che nel comportamento del terapeuta possono mescolarsi atteggiamenti terapeutici con altri genitoriali o amichevoli o addirittura filiali.

### **c) Il rapporto dopo la terapia**

Non si può teorizzare il tipo di rapporto che può continuare ad esistere tra paziente e terapeuta dopo la terapia. Dipende infatti da moltissimi fattori legati al carattere delle due persone e al decorso e ai risultati della terapia stessa.

Quelle che io definisco "fredde" terminano solitamente con un commiato che non lascia spazio alla continuazione di una qualunque forma di rapporto, ad eccezione di una ripresa della terapia, se ve ne fosse bisogno.

I terapeuti che utilizzano questa metodologia sostengono che la chiusura di ogni rapporto è corretta in quanto dimostra la raggiunta autonomia del paziente.

Personalmente sono molto dubbioso su questo modo di pensare e non capisco perché una relazione importante e profonda (se lo è stata!) debba dissolversi nel nulla.

I miei pazienti sono stati tutti, per un certo periodo, un po' come miei figli e mi fa perciò piacere ricevere, anche se saltuariamente, una telefonata o due righe che mi informino su come evolve la loro vita. Il fatto che mi faccia piacere non significa che io chieda loro di farlo ma può significare che talvolta sono io a fare la telefonata o a scrivere due righe per manifestare il mio interessamento ed il perdurare del mio affetto.

Oltretutto l'interruzione netta del rapporto può essere interpretata anche così: "C'era affetto solo finché pagavo e gratificavo il terapeuta con il mio bisogno".

Naturalmente non si deve cadere nell'eccesso opposto cioè quello di cercare di trasformare ogni terapia in amicizia. In molti di questi casi infatti è il terapeuta, per un suo vuoto affettivo, a sentire quest'esigenza e a non "lasciar andare" il paziente.

In teoria non c'è nulla di male se un rapporto di terapia si trasforma in amicizia ma ciò succede molto raramente perchè, il più delle volte, quella che si crea non è un'amicizia equilibrata dato che il terapeuta mantiene solitamente una posizione di preminenza che vanifica, per l'uno e per l'altro, i vantaggi che possono derivare solo da una vera amicizia nella quale il rapporto deve essere paritetico.

E' invece possibile e, arriverei a dire, auspicabile che in particolari momenti difficili il paziente ritorni per un breve periodo in terapia per uscirne più rapidamente.

Secondo me queste riprese saltuarie non significano assolutamente mancanza di autonomia ma un'intelligente capacità di servirsi, per crescere, di tutti gli strumenti che la vita offre senza per questo perdere il senso della totale responsabilità che ognuno di noi ha del proprio cammino e delle proprie scelte.

## **6 - TELEFONATE E CONTATTI AL DI FUORI DELLE SEDUTE**

Su questo punto sono profondamente non-ortodosso ed il mio comportamento è spesso criticato da colleghi, soprattutto quelli giovani, freschi di quanto hanno imparato sulla "distanza terapeutica" dalla loro scuola di specializzazione. Personalmente accetto quasi sempre le telefonate di pazienti che sentono il bisogno di parlarci; non rifiuto le cene con i partecipanti ai gruppi di terapia nè gli inviti saltuari di un paziente che compie gli anni o vuol farmi conoscere i suoi figli; se mi capita do o accetto passaggi in auto dai pazienti... e così via. Questo comportamento non ortodosso è la naturale conseguenza del mio carattere e del mio modo di concepire la terapia. Va da sè che nel permettermi questi comportamenti faccio molta attenzione a verificare che non danneggino mai, neppur minimamente, la terapia.

All'inizio della professione giudicavo negativamente questa tendenza a non mantenere la distanza terapeutica e cercavo perciò di controllare la mia espansività e la mia tendenza a stabilire contatti "caldi" con il paziente.

Quando venivo meno a queste regole mi sentivo colpevole ed avevo il timore di non essere un buon terapeuta.

Esercitavo la professione già da una decina d'anni quando, un giorno, mi sono detto: "Basta controllarmi e non essere spontaneo! D'ora in poi farò ciò che mi verrà da fare cercando solo di esserne ben consapevole. Sono sicuro di voler bene ai miei pazienti e di volerli aiutare a crescere. Se il mio modo di essere e di esprimere l'affetto dovessero creare problemi al processo terapeutico deciderò piuttosto di fare un altro lavoro ma non di reprimermi per cercare di corrispondere ad un modello di terapeuta che non sono io! Oltretutto credo che il vero rispetto del paziente consista nell'offrirgli la propria spontaneità".

Questo nuovo comportamento mi rese più pulito, trasparente, spontaneo e vitale. I primi tempi, preoccupato dal cambiamento, ero estremamente attento nel controllarne le conseguenze sulla terapia.

Con piacevole sorpresa constatai che non solo non creava danni ma anzi facilitava il lasciarsi andare del paziente e l'instaurarsi di un rapporto caldo e fiducioso con me.

Ebbi così un'ulteriore conferma della mia vecchia idea che uno psicoterapeuta può aiutare a crescere in cento modi diversi: Perls, fondatore della Gestalt, era solito dire che esistono tanti modi di fare terapia quanti sono gli psicoterapeuti.

Se si vuole che tale comportamento faciliti la terapia devono però esistere due condizioni fondamentali:

- che il terapeuta sia profondamente consapevole del contenuto emozionale di ogni suo gesto e parola.

- che sia sicuro del suo affetto "pulito" nei confronti del paziente.

In sintesi direi ai giovani terapeuti: "Fate tutto ciò che vi viene da fare e dite tutto ciò che vi viene da dire purchè siate veramente consapevoli e genuinamente amorevoli".

## **7 - GLI STRUMENTI TERAPEUTICI**

Prima di addentrarmi in questo argomento desidero fare una premessa affermando che il vero, fondamentale strumento terapeutico, qualunque metodologia si adotti, è la nostra maturità e la nostra amorevolezza (conseguenza prima della maturità!) che si esprimono nella capacità di:

- voler bene al paziente,

- non approfittare della posizione di potere implicita nel nostro ruolo,

- essere il più possibile noi stessi,
- essere sempre molto consapevoli in modo da non proiettare i nostri problemi sul paziente,
- non strumentalizzarlo per i nostri bisogni,
- saperlo ascoltare con molta attenzione e partecipazione,
- sostenerlo e, se necessario, guidarlo.

Per la maturità non esiste un punto d'arrivo ed il percorso della nostra crescita è un cammino che non termina mai. Non bisogna però, neppure esagerare nel preoccuparsi eccessivamente di non essere mai abbastanza maturi.

A questo proposito mi succede spesso che un giovane collega che ho in supervisione si preoccupi di aver fatto un errore con un paziente. Se non si tratta di un errore macroscopico gli chiedo: "Ma vuoi veramente bene al paziente? E riesci a dimostrarglielo tangibilmente?" Se mi risponde positivamente lo invito a non preoccuparsi per eventuali piccoli errori dato che tutti ne facciamo e che non sapremo mai veramente fin dove siano errori e fin dove siano nostre specifiche modalità di comportamento. E comunque se c'è amore vero per il paziente non ci saranno conseguenze negative. Tutt'al più può essere talvolta opportuno scusarsi con il paziente per l'errore commesso.

Dopo questa premessa ritengo che, per parlare degli strumenti terapeutici, la cosa migliore sia raccontare la mia esperienza. Come paziente iniziai con un'analisi freudiana durata dieci anni, al ritmo di tre sedute alla settimana. Non mi diede grandi risultati ma mi permise di conoscere:

- gli effetti, positivi e negativi, di una rigida "distanza terapeutica",
- l'uso del transfert, delle associazioni libere e della regressione,
- il funzionamento dell'Inconscio, dell'Io e del Super Io,
- una buona parte dello schema teorico di riferimento della psicoanalisi.

Dopo un intervallo di circa due anni ho ripreso il lavoro su di me con un terapeuta didatta avente una formazione di base in Bioenergetica ed una collaterale in Gestalt.

Con lui ho sperimentato come il corpo sia, grazie alla corrispondenza biunivoca tra blocchi emozionali e blocchi fisici, un formidabile strumento per far riemergere le emozioni rimosse, migliorarne la consapevolezza e ritrovare la capacità di esprimerle con maggiore intensità e vitalità. In quel rapporto ho anche sperimentato gli enormi vantaggi di una terapia "calda" rispetto ad una "fredda" e di una terapia largamente esperienziale rispetto ad una quasi totalmente analitica e verbale.

Terminata questa formazione, mentre maturava in me il desiderio di operare come psicoterapeuta, mi sono inserito in un gruppo continuativo (formato cioè sempre dalle stesse persone) condotto da un terapeuta inglese che utilizzava un approccio nel quale si mescolavano la Gestalt e la Bioenergetica.

È stata un'eccezionale esperienza di tre anni nella quale ho sperimentato la grande efficacia dei gruppi intensivi e continuativi, ho capito le differenze tra questi e la terapia individuale e ho imparato a conoscere ed apprezzare gli innumerevoli strumenti della Gestalt (che è poi diventata il punto di riferimento fondamentale del mio approccio per il quale, non a caso, ho scelto il nome "Biogestalt").

Terminata questa formazione ho iniziato ad operare come terapeuta e ho scoperto di avere la capacità di utilizzare, a seconda del tipo di persona, del momento che essa stava attraversando e del mio stato d'animo, strumenti diversi.

La spontaneità, il rispetto, l'accettazione profonda e l'affetto continuavano ad essere comunque la base del mio modo di operare.

Questa possibilità di adattare la tecnica alle situazioni contingenti mi diede sicurezza e mi confermò nell'idea che in terapia si possono usare infiniti strumenti poiché infiniti sono i possibili modi per far riaffiorare le emozioni rimosse e per aiutare il paziente ad accettarle ed esprimerle.

Avendo capito ciò decisi di sperimentare altri modi ancora di far terapia e, in particolare, feci molti gruppi nei quali imparai l'utilizzo terapeutico del disegno, del movimento creativo, delle fantasie guidate e dell'uso libero della voce e del suono. Sulla base di queste nuove esperienze organizzai a mia volta dei gruppi nei quali utilizzavo anche questi strumenti.

Mi si aprì così l'orizzonte vastissimo degli strumenti artistico-creativi estremamente efficaci per "spiazzare" e aggirare le difese che si manifestano con l'utilizzo eccessivo della razionalità e dell'attività verbale, soprattutto in individui fortemente razionali come possono essere i liberi professionisti, i professori, i dirigenti d'azienda ecc..

Oggi posso avvalermi di una gamma di strumenti molto ampia ma soprattutto riesco ad improvvisarne continuamente di nuovi per trovare, di volta in volta, quello più efficace per la situazione specifica che sto vivendo insieme al paziente.



Vorrei perciò raccomandare ai giovani terapeuti di non preoccuparsi degli strumenti che utilizzano: non ne esistono di migliori o di peggiori e possono perciò sentirsi liberi d'improvvisare creando, in ogni momento, i loro strumenti specifici. Per arrivare più rapidamente a questo risultato è molto utile fare, nella veste di pazienti e soprattutto in gruppo, esperienze diversificate con terapeuti di grande levatura. Esse infatti arricchiscono il proprio bagaglio di strumenti terapeutici e consentono di conoscere meglio le proprie preferenze riguardo alla metodologia terapeutica da utilizzare.

## **8 - RIFLESSIONI SU COME IL PAZIENTE PUO' FISICAMENTE PORSI DURANTE LA SEDUTA.**

### **a - Abbigliamento - Togliersi orologio, accessori, gioielli e scarpe**

Per quanto concerne l'abbigliamento raccomando di indossare abiti semplici e comodi in modo da poter fare agevolmente anche del movimento. Alcuni pazienti, di loro spontanea volontà, lasciano nel mio studio una tuta e delle calze che indossano prima di ogni seduta. Già dal primo incontro poi chiedo al paziente di slacciare l'eventuale cintura ed i primi bottoni dei pantaloni in modo da lasciar fluire meglio la respirazione. Ho imparato infatti su me stesso che, quanto più la lasciamo fluire tanto più le emozioni si muovono liberamente.

Personalmente poi ho, una netta preferenza a far togliere al paziente, prima di ogni seduta, tutti i gioielli, i monili e soprattutto l'orologio. Ho cominciato a chiederlo poco dopo aver iniziato la professione seguendo un mio impulso, senza far riferimento ad alcuna teoria.

Solitamente i pazienti, nel corso di una delle prime sedute, mi chiedono il perchè di questa mia richiesta. Potrei rovesciare la domanda chiedendo loro a cosa servono in un rapporto di tipo terapeutico tutti quegli accessori. Dato però che, soprattutto all'inizio, preferisco esaudire le loro curiosità, rispondo più o meno così: "La terapia è per me una situazione nella quale devo cercare di aiutarla a "spogliarsi", in senso lato, degli atteggiamenti costruiti, delle difese nevrotiche, delle diffidenze e di tutti i modelli che non le appartengono. E' cioè una situazione nella quale, io e lei, cerchiamo insieme il nostro centro, l'essenziale e la nostra "verità". E' proprio in quest'ottica che

attribuisco valore al gesto simbolico di toglierci entrambi tutto ciò che è superfluo al raggiungimento di questo traguardo". Qualcuno obietta che, a questa stregua, potremmo toglierci anche i vestiti. Rispondo che non è un'idea così strana (alcuni terapeuti americani, soprattutto nei gruppi, lavorano nudi), ma che non la propongo perchè sono pochi i pazienti così maturi da poter fare terapia spogliati senza essere turbati dalla loro e dalla mia nudità.

Dopo le prime sedute, faccio togliere anche le scarpe, e io stesso me le tolgo, prima di entrare in studio. Non lo faccio solo per una questione d'igiene e per una forma di rispetto dello studio nel quale capita spesso di fare esercizi a terra ma piuttosto per quello stesso principio di essenzialità del quale ho parlato poc'anzi. Essere scalzi mi permette anche, quando lavoriamo sul corpo, di far sentire meglio il radicamento a terra e quando utilizziamo la danza di far sperimentare una maggior libertà di movimento. Ovviamente nei gruppi siamo sempre senza scarpe.

Fortunatamente queste mie piccole manie (o forse sono veri e propri accorgimenti terapeutici?) incontrano sempre, dopo qualche seduta, il favore dei pazienti.

## **b - Seduti o sdraiati?**

Mi è sempre sembrato strano che un terapeuta imponga al paziente il modo di "stare" fisicamente durante la seduta anche se so che ciò può far parte del tipo di approccio terapeutico. Come paziente preferivo, in certi momenti, stare seduto, magari guardando il terapeuta negli occhi; in altri preferivo stare sdraiato e magari ad occhi chiusi; in altri ancora mi capitava di aver bisogno di alzarmi e parlare camminando per la stanza. Mi auguro che nessun giovane terapeuta pensi che l'esito di una seduta dipenda dalla posizione del paziente. Invece d'imporgli una posizione è senz'altro meglio lasciarlo libero di scegliere e tutt'al più chiedergli come si sente e cosa prova stando in quella posizione: bisogna naturalmente che lo studio sia opportunamente attrezzato.

Tuttavia mi capita spesso di consigliare al paziente una determinata posizione in quanto mi sembra la più adatta all'esercizio che sto per proporgli o alla situazione che stiamo vivendo. Riporto alcuni esempi. "La vedo stanca: perchè non dà un po' di riposo al suo corpo sdraiandosi?" "Noto che lei sceglie sem-

pre di stare seduto di fronte a me e di guardarmi; dato che ciò può nascondere la paura di affidarsi, di dipendere da me e perciò il suo bisogno di controllarmi, provi a vedere cosa le succede se si sdraia e sta ad occhi chiusi." Ad un paziente che è sdraiato: "...provi ad alzarsi e a sedersi davanti a me; ora faccia finta che io le sia antipatico e mi faccia delle smorfie che contengano aggressività e disprezzo". Oppure, sempre ad un paziente sdraiato: "...se sente di aver paura di me provi ad alzarsi e a sedersi di fronte. Ora mi fissi negli occhi, mi dica cosa vede e che cosa le fa paura". O ancora: "Se come lei dice è veramente arrabbiato invece di starsene sdraiato immobile si alzi, cammini su e giù per la stanza ed esprima la sua rabbia con gesti ed urla".

### **c - Seduti per terra.**

Questo è un punto sul quale non ho ancora una mia opinione precisa. Anche in questo caso spero che la descrizione dei miei dubbi possa essere utile a chi desidera riflettere su quest'alternativa che io ritengo molto più importante che non, ad esempio, quella "seduti/sdraiati".

Il mio modo di comportarmi, oggi, è il seguente.

Nei gruppi, nei momenti di condivisione, lavoriamo sempre in cerchio seduti per terra e anche molti degli esercizi che facciamo in gruppo si svolgono a terra con o senza l'ausilio di materassini e cuscini.

Nelle sedute individuali invece invito il paziente a sedersi per terra quasi esclusivamente per fare esperienze con il disegno e con la voce. In questi casi anch'io mi siedo per terra e rimaniamo in questa posizione anche durante il lavoro di interpretazione e condivisione delle emozioni che sono affiorate. Lavorare a contatto con il pavimento mi piace in quanto mi dà sicurezza, calore, senso di semplicità ed essenzialità e mi facilita la centratura e l'approfondimento. Anche i pazienti, dopo le prime volte, si trovano a loro agio in questa posizione che contiene, senza dubbio, anche richiami infantili.

Lo studio ideale sarebbe una stanza grande, silenziosa e luminosa con pavimento in legno, attrezzata semplicemente con tappeti, materassini e cuscini.

Potrei facilmente realizzare questo ideale nel mio studio attuale....perchè non lo faccio? Poichè non lo so con certezza rispondo con libere associazioni: "Mi sentirei troppo alternativo e orientaleggiante...." "Seduto per terra starei più scomodo

che sulla mia poltrona...." "Quasi nessun terapeuta lavora per terra...." "Forse ad alcuni pazienti non piacerebbe...." "Sarebbe meno igienico....".

Mentre le elenco mi rendo conto che sono motivazioni non del tutto convincenti. Credo che ragione principale sia una resistenza di fondo a fare una scelta che vivo come radicale in quanto carica di significati che vanno al di là delle pure e semplici motivazioni pratiche.

## **d - Occhi aperti - Occhi chiusi**

Nelle molteplici esperienze come paziente ho lavorato con diversi terapeuti didatti. Solo Jules Grossman però era solito invitarci (nei gruppi) a fare la maggior parte delle esperienze stando con gli occhi chiusi in quanto, ci spiegava, attraverso gli occhi entra dall'esterno una quantità enorme di informazioni che ci distraggono dalla percezione dei nostri stati d'animo e movimenti emozionali.

Concordo con questo pensiero e ritengo perciò che per ottenere, da una qualunque esperienza terapeutica, un accrescimento della consapevolezza è importante farla con gli occhi chiusi e rimanerci almeno per qualche attimo dopo averla conclusa. Pertanto se un esercizio richiede, per la sua stessa natura, di essere fatto ad occhi aperti, appena terminato, invito le persone a chiudere gli occhi per sentire meglio cosa stiano provando. Infatti, mentre il paziente vive un'esperienza, è concentrato soprattutto su ciò che sta facendo; si trova cioè nella dimensione del "fare" durante la quale è difficile che possa essere veramente a contatto con le proprie emozioni. Alla fine dell'esercizio il "fare" cessa e le emozioni, che si muovono ancora intensamente dentro di lui, possono essere più facilmente percepite.

## **9 - TERAPIA IN LINGUA MADRE - RITROVARE LE RADICI**

### **a - Terapia in lingua madre**

Avevo notato che con tutti i pazienti che, pur parlando correntemente l'italiano, avevano un'altra lingua madre, ad un certo punto del trattamento, quando profonde emozioni bloccate stavano per affiorare, si creava una situazione di stallo. Alcuni anni fa avevo in cura una paziente e collega svizzera che abitava, dall'età di nove anni, nel Canton Ticino ma era di lingua madre tedesca. Dopo circa sei mesi la terapia divenne prevalentemente verbale e s'incagliò in una situazione nella quale avvertivo che la paziente bloccava rabbia della

quale però non sembrava essere veramente consapevole. L'avevo invitata più volte a fare esercizi espressivi su questo sentimento ma i risultati erano stati scarsi: il suo livello di coinvolgimento era molto basso e sembrava che li facesse soprattutto per compiacermi. Non sapevo cosa fare.

Una volta, alla fine di una seduta, mi chiese di poter fare una telefonata a sua figlia: l'ascoltai mentre le parlava in tedesco e fui colpito dal tono duro ed autoritario che usava, rinforzato dalle caratteristiche fonetiche della lingua tedesca. Ebbi un'intuizione e pensai: "Le emozioni infantili sono strettamente legate alla lingua che parliamo in quel periodo. Per riportarle a galla probabilmente è indispensabile che la persona parli in quella stessa lingua."

Nella seduta successiva le chiesi di dialogare in tedesco, usando la tecnica della "sedia calda" (rappresentazione teatralizzata del dialogo che il paziente immagina di poter avere con la persona con la quale sente dei blocchi emozionali), con sua madre e con suo fratello minore di due anni e di gran lunga preferito dalla madre. Naturalmente non capivo ciò che lei diceva ma non mi sembrava così importante, in quanto ritenevo che, come era solito dire anche uno dei miei maestri: "l'importante non è che il terapeuta capisca il paziente ma che egli capisca se stesso". La paziente si animò moltissimo ed il dialogo si caricò, a tratti, di rabbia profonda e genuina. Alla fine della seduta mi riassunse ciò che era stato detto.

Per motivi di spazio non posso raccontare l'andamento delle sedute successive, nelle quali comunque la paziente si sbloccò e, sempre in tedesco, "vomitò", un po' alla volta, una quantità incredibile di rabbia repressa verso la madre, il padre ed il fratello.

Superata questa fase la terapia continuò prevalentemente in italiano anche se, quando sentivo che lei si avvicinava ad un'emozione profondamente bloccata, le proponevo di riprendere il lavoro in tedesco.

La terapia si concluse in breve tempo con risultati molto soddisfacenti. Da allora, con tutti i pazienti di lingua madre non italiana, utilizzo con successo questa metodologia.

## **b - Ritrovare le radici**

Per ragioni simili a quelle che mi spingono ad utilizzare, quando necessario, la lingua-madre, attribuisco molta importanza al ritrovamento delle radici soprattutto con determinati pazien-

ti giovani che, ad un certo punto della loro vita, hanno troncato i rapporti con la famiglia e sono andati a vivere lontano da casa e dal proprio luogo di nascita.

Durante il trattamento emergono emozioni infantili profondamente bloccate, soprattutto verso i genitori ed i familiari. In questi casi è di grande utilità che il paziente le riviva non solo in terapia ma anche nella realtà reincontrando genitori e fratelli e, se possibile, passando qualche giorno con loro, nel paese d'origine.

E' ovvio che consiglio quest'esperienza solo quando sono certo che questo "bagno" nel passato possa accelerare il processo di crescita. Quasi sempre comunque il paziente, che ha messo in pratica il mio suggerimento, ha ottenuto ottimi risultati confermandomi la validità di questo stratagemma.

## **10 - I SOLDI NEL RAPPORTO CON IL PAZIENTE.**

### **a - Premessa**

Dedico uno spazio considerevole a questo argomento perchè lo ritengo importante e, per la sua delicatezza, poco trattato da chi scrive in tema di terapia. Inoltre mi fa piacere parlarne con giovani colleghi dato che li vedo spesso imbarazzati nei confronti del denaro e dei problemi ad esso collegati.

Parlare di soldi con i pazienti mi ha, per lungo tempo, imbarazzato malgrado io abbia sempre avuto col denaro un buon rapporto e un'ottima dimestichezza.

Credo che ciò mi sia accaduto in quanto provo fastidio a mescolare la componente economica del rapporto terapeutico con quella affettiva, di gran lunga la più importante per me.

Nei confronti del denaro ho cambiato più volte atteggiamento e solo da poco sento di aver risolto del tutto questo problema. Riporto qui di seguito la descrizione di quelle che sono state le mie esperienze ed i miei vissuti in proposito.

### **b - La dipendenza economica dal paziente**

In tema di denaro, uno dei principali problemi di quasi tutti i giovani terapeuti, all'inizio della libera professione, è quello di aver bisogno del paziente per potersi mantenere. Ciò li costringe, in qualche modo, a "dare la caccia al paziente" oppure "a fare di tutto per conservarselo". Queste frasi possono sembrare esagerate ma non sono così lontane dalla realtà.

Per chiarire questo problema riporto alcuni dati che evidenziano come in Italia siano troppi gli psicologi o i medici che esercitano un lavoro prettamente clinico.

Il numero di coloro che sono autorizzati all'esercizio della psicoterapia sommato a quello di chi la pratica anche senza autorizzazione ammonta a circa 35.000 unità (sia che essi lavorino nel pubblico che nel privato).

Gli italiani in età da psicoterapia (25 - 55 anni) sono circa 23.000.000 e di questi molto più della metà non hanno cultura e mezzi economici sufficienti per utilizzare la psicoterapia. I terapeuti si ritrovano pertanto a poter agire su un massimo di 8/9 milioni di persone.

Ciò significa uno psicoterapeuta ogni 250 persone circa "utili". Su tale numero è difficile che più di 10 persone vadano contemporaneamente in terapia. Se teniamo conto che questi sono valori medi e che gli psicoterapeuti più affermati o quelli che lavorano nelle strutture pubbliche, hanno, contemporaneamente, da 20 a 30 pazienti, possiamo immaginare come sia difficile per un giovane acquisire gli 8/9 pazienti che rappresentano il minimo per potersi mantenere come libero professionista. Se poi teniamo conto che uno psicoterapeuta non può arrivare ad esercitare la libera professione prima dei 30 anni, possiamo ben immaginare la sua frustrazione e la sua "fame di pazienti".

Questa componente economica dell'interesse verso i pazienti non facilita certo l'instaurarsi di un rapporto terapeutico corretto che dovrebbe basarsi soprattutto sull'amore, la solidarietà e il sostegno disinteressato.

In questa situazione infatti esiste il rischio che il terapeuta, più o meno coscientemente:

- cerchi di convincere ad entrare in terapia anche chi non ne avrebbe bisogno;
- prenda in cura pazienti anche con patologie per trattar le quali non ha preparazione sufficiente;
- abbia un atteggiamento rigido ed interessato verso i soldi;
- rinvi il più possibile il termine delle terapie.

Secondo me, nella situazione attuale, chi vuole esercitare la libera professione senza essere condizionato da bisogni economici dovrebbe, soprattutto all'inizio, esercitare anche un'altra professione, non importa se più o meno pertinente alla preparazione da psicologo.

Non deve spaventare l'idea di esercitare anche in un campo professionale diverso dato che ciò aiuta comunque il terapeuta ad allargare la conoscenza delle diverse realtà umane e ad accrescere il suo livello di maturità.

### **c - Soldi e Amore**

Una delle modalità più utilizzate dai pazienti per esprimere la resistenza ad entrare in rapporto affettivo con me è obiettare che dedico loro attenzione non perché voglio loro bene ma solo perché mi pagano. Hanno paura che il mio affetto non sia né genuino né gratuito. Inoltre fanno fatica a credere che io possa voler bene a tutti coloro che ho in terapia come se la mia capacità d'amore fosse una risorsa limitata. Per queste ragioni ritengono che non sia giusto affezionarsi troppo a me.

E' evidente che il mio compito, in questi casi, è quello di aiutarli a fare contatto con le loro resistenze affettive.

Tuttavia poiché la sovrapposizione soldi/amore è anche un elemento reale della psicoterapia offro loro una spiegazione più o meno di questo tipo. "I tuoi soldi pagano le mie ore di lavoro e mi permettono di mantenermi e di essere autonomo. Non so se siano tanti o pochi: a me sembrano giusti per il lavoro che faccio, per l'impegno che ci metto, per l'esperienza che ho e per le tue disponibilità economiche. Essi non pagano però neanche un grammo del bene che ti voglio poiché il bene non può essere comperato né prodotto su richiesta. Ti voglio bene perché "ti sento", perché riconosco nella tua fatica di vivere la mia stessa fatica, perché voler bene è un mio bisogno, perché mi sento solidale con te e ho voglia di aiutarti a stare meglio. Posso volerti bene anche se tu non me ne vuoi ma se me ne vorrai il mio non potrà che aumentare. Comunque soldi e amore viaggiano su binari separati: il mio tempo sono costretto a venderlo, il mio cuore, quando lo offro, lo regalo."

### **d - Tariffe - Differenziazioni - Terapia gratuita - Aumenti**

I tre interrogativi che, su questo tema, più frequentemente mi sono posto sono stati:

- "Quanto devo chiedere per ogni seduta?"
- "E' giusto applicare tariffe che variano da persona a persona?"
- "E se è giusto con quale criterio posso stabilire la singola tariffa?"
- "Come faccio a decidere quali aumenti applicare e quando applicarli, soprattutto per una terapia già in corso?"



## **Tariffe**

La scelta della tariffa media di una seduta nasce da un insieme di considerazioni che tengono conto di:

- quanto richiedono mediamente i miei colleghi;
- quanto mi sembra giusto guadagnare lavorando a tempo pieno (che per me significa effettuare circa 20 sedute alla settimana);
- quale livello di qualità attribuisco al mio lavoro;
- quanto mi sembra corretto che il cliente medio debba pagare per la terapia.

Questi ragionamenti non contengono nulla di rigorosamente logico e matematico tanto più che, come spiegherò più avanti, si complicano ulteriormente per il fatto che differenzio sensibilmente la tariffa oraria da paziente a paziente.

Oggi ad esempio per una seduta individuale di un'ora regolarmente fatturata chiedo da un minimo di 40 ad un massimo di 80 Euro.

## **Differenziazioni**

Nel corso della prima seduta, valuto, insieme al paziente, se la mia tariffa media è per lui sostenibile. Se lo è la applico; in caso contrario concordo con lui una cifra inferiore che abbia però una logica strettamente legata alle sue condizioni economiche attuali e non rischi pertanto di dar luogo a vissuti (terapia scadente perchè "a basso prezzo"- atteggiamento preferenziale del terapeuta - atteggiamento manipolatorio del paziente - ecc.) che, in qualche modo, possano danneggiare il rapporto.

Per poter applicare queste tariffe più basse devo aumentare leggermente quelle di altri pazienti con maggiori possibilità economiche. Per correttezza, prima di farlo, li informo e spiego loro il significato di questa differenza. Così facendo li abito a pensare che è normale e umanamente corretto che una piccola parte del loro reddito serva ad aiutare le persone con minori disponibilità economiche. Immagino che molti non approvino questo modo di agire ma, per un problema come questo, non esiste una soluzione "giusta" ed una "sbagliata". Personalmente ho scelto quella più consona al mio modo di "sentire" di oggi: magari, fra qualche anno, il mio vissuto e quindi anche il mio atteggiamento potranno essere diversi.

## **Terapia gratuita**

Esistono casi particolari nei quali il paziente non ha alcuna possibilità di pagare. Ritengo che si debba fare una netta distinzione tra quelli nei quali questo problema esiste dall'inizio, cioè da quando il paziente si rivolge a me per la prima volta, e quelli nei quali l'impossibilità a pagare entra in gioco nel corso della terapia.

Il primo caso è quello nel quale ho maggiori dubbi e rischio di mescolare elementi reali di valutazione con mie proiezioni. Cosa rispondere ad un paziente che, dopo la prima seduta, mi dice: "Mi piacerebbe moltissimo entrare in terapia da lei ma purtroppo non posso pagare"? Nel mio cuore cerco rapidamente una soluzione di compromesso tra:

- il mio diritto di guadagnare almeno un minimo;
- la voglia di venire incontro al desiderio del nuovo paziente senza peraltro commettere errori che possano poi danneggiare la terapia.

Per arrivare a ciò cerco, insieme al paziente, una tariffa minima che sia per lui sostenibile, anche se non pagata subito, ma che al tempo stesso rappresenti un sacrificio che dia valore alla terapia. Se il paziente, nel breve/medio termine, ha un minimo di prospettive di migliorare il proprio reddito, ricerco insieme a lui una modalità di pagamento che preveda una piccola parte subito ed il restante diluito in un periodo di uno o più anni. Se riconosco cioè che nel paziente esiste una forte motivazione alla terapia cerco di fare il possibile perchè egli possa farla, anche se non del tutto gratuitamente.

Su questa mia scelta non saprò mai, lo confesso, quanto influisca il pensiero che una terapia completamente gratuita non sia efficace oppure la mia resistenza a regalare, per un tempo lungo, il mio lavoro.

Sono cresciuto infatti in una famiglia dove nulla veniva mai dato gratuitamente e penso di non essere riuscito ad eliminare completamente i condizionamenti che me ne sono derivati.

Talvolta ho adottato degli stratagemmi particolari come ad esempio con due pazienti che non potevano pagare nulla e che non avevano prospettive di guadagno. In questi due casi ho sperimentato un cambio alla pari: un'ora del mio lavoro di terapeuta per un'ora del loro lavoro (piccoli compiti di segreteria, di pulizia dello studio e di commissioni). Il risultato è stato ottimo: i pazienti infatti si sono sentiti più liberi pagandomi in qual-

che modo le sedute ed hanno vissuto questo scambio alla pari come un atto d'amore e di riconoscimento del valore della loro vita.

Nei casi invece in cui la terapia sia iniziata da tempo ed il cliente si trovi in un periodo, più o meno lungo, di difficoltà economiche cerco di convincerlo a non cambiare lo schema terapeutico (ad esempio una seduta alla settimana) ma mi mostro totalmente disponibile a cercare con lui una soluzione che preveda, ad esempio:

- per tutto il tempo delle difficoltà economiche una riduzione del costo della seduta;
- il pagamento immediato solo di una parte ed il rinvio di un anno del debito residuo.

### **Aumenti**

Per molti anni ho utilizzato la regola di iniziare le nuove terapie alla tariffa media che applicavo in quel momento, avvertendo i pazienti che ogni anno avrei applicato un piccolo aumento.

Il mio terapeuta-didatta criticava questo metodo dicendomi che non era "simpatico" modificare annualmente la tariffa. Secondo lui avrei dovuto iniziare con una richiesta più elevata e mantenerla invariata per tutta la durata della terapia. Ho sperimentato sia l'uno che l'altro metodo.

Oggi come oggi non ho regole fisse e quella che adotto dipende soprattutto dalla disponibilità economica del paziente e da come questa cambi nel tempo.

Ad esempio, con i pazienti meno benestanti, inizio spesso con una tariffa bassa programmando da subito, insieme a loro, aumenti successivi.

In generale, applico ogni anno un aumento contenuto (5% circa) che mi sembra equo per me e sostenibile da parte del paziente.

### **e - Terapia pagata da altri**

Capita talvolta che il paziente sia costretto a farsi pagare la terapia da altri: giovani che non lavorano ancora, mogli senza autonomia economica ecc . Il mio comportamento varia da caso a caso rispettando però sempre il principio di fondo secondo il quale il paziente deve dare un proprio contributo, anche se piccolo, che valorizzi la terapia e che gli consenta di viverla come uno "spazio" tutto suo.

Nei casi più frequenti, mi comporto così.

- Con un **giovane diplomato o laureato che non ha ancora un lavoro**. Inizio una terapia pagata interamente dai genitori. Dopo breve tempo chiedo al paziente di fare qualche sacrificio in modo da contribuire, almeno in piccola parte, al costo della seduta. Successivamente lo stimolo a cercare piccoli lavori saltuari in modo da pagarsi metà della terapia. Lavoro con lui sul problema della dipendenza dai genitori e sull'ambiguità insita nel ricercare l'autonomia attraverso una terapia che è però pagata da loro. Successivamente lo stimolo a cercare un lavoro qualsiasi che gli consenta di essere economicamente autonomo per poi individuare, in un secondo tempo, quello che può essere più adatto alla propria personalità.

- Con una **casalinga economicamente dipendente** dal marito mi comporto a volte così. All'inizio della terapia, anche se la paziente ha un ottimo rapporto con il marito, le chiedo di farsi riconoscere uno stipendio equo per il suo lavoro di casalinga e madre. Almeno per tutto il tempo della terapia è infatti utile che, dal punto di vista economico, tenga separata la gestione della propria vita da quella del resto della famiglia e paghi perciò la terapia con soldi propri.

- Nel caso di **un ragazzo/a di età variabile tra 15 e 22 anni che non ha ancora terminato gli studi** (prendo in terapia raramente persone così giovani) adotto un altro comportamento. Come nel primo caso, dopo aver iniziato una terapia pagata interamente dai genitori, chiedo al giovane di rinunciare a qualche spesa personale in modo da pagarsene una piccolissima parte. Se il giovane ha l'età per farlo lo stimolo a procurarsi qualche piccolo lavoro saltuario (eventualmente anche per conto dei suoi genitori) in modo da contribuire in misura un po' maggiore al pagamento della terapia. Contemporaneamente lavoriamo sull'autonomizzazione dalla famiglia e sull'ambiguità dei genitori che "danno ma pretendono" e dei figli che "si nutrono ma sputano nel piatto dove mangiano".

## **f - Modalità di pagamento**

Molti terapeuti chiedono il pagamento di ogni seduta alla fine della stessa; altri si fanno pagare a fine mese. Alcuni richiedono il pagamento solo per contanti (attribuiscono a questa modalità una particolare efficacia psicologica) mentre altri accettano anche assegni.

Lo lascio scegliere, per l'uno e l'altro aspetto, al paziente e non mi soffermo ad analizzare i significati profondi che le diverse scelte possono nascondere; ritengo infatti che vi sia materiale ben più significativo da analizzare ed interpretare.

Quando il paziente non ha disponibilità economica immediata accetto anche gli assegni postdatati. Infatti mi fa piacere venire incontro a sue difficoltà passeggiare e, dopo aver sperimentato varie modalità di rinvio del pagamento, ho optato per questa in quanto:

- mi sembra educativo che, con l'emissione dell'assegno, il paziente si prenda un impegno preciso sia come entità che come scadenza;
- è il sistema migliore per non essere costretti a sollecitarlo dato che dimentica spesso la scadenza del debito;
- è il metodo che tutela meglio me stesso nell'eventualità di mancata osservanza dell'impegno preso.

## **11 - L'IMPORTANZA DEL "CAPIRE" - LE INTERPRETAZIONI**

Durante il mio percorso, prima come paziente poi come terapeuta, mi ha costantemente accompagnato una domanda per la quale, tutt'oggi, non ho una risposta veramente precisa. "Quanto è importante il "capire" nel processo terapeutico?" "A cosa servono, cioè, le spiegazioni che, insieme, io ed il paziente ricerchiamo per i suoi sintomi ed i suoi comportamenti?" "Conoscerne le cause (ipotizzate tra l'altro sulla base di uno schema teorico non confermato scientificamente) aiuta veramente il paziente a cambiare e a crescere?"

Sebbene avessi fatto su di me una psicoanalisi centrata ovviamente soprattutto sul capire, **nella prima fase del mio lavoro**, per dieci anni circa, ho ritenuto che il "capire" non fosse di grande utilità. Lo ritenevo un processo rassicurante che toglie però energia al cambiamento. Il paziente, infatti, invece di rischiare e attivarsi per cambiare, finisce col "sedersi" su un'elaborata ricerca delle cause e si accontenta di comporre il quadro della situazione cioè di mettere a posto i tasselli mancanti del mosaico che la mente razionale compone un po' alla volta. Sintetizzo l'atteggiamento scettico di quel periodo attraverso una serie di affermazioni che ben lo rappresentano.

- "La psiche umana non funziona come un motore nel quale, se si identifica il particolare difettoso che crea il guasto, si è fatto gran parte del lavoro dato che poi non rimane che sostituirlo o

ripararlo. Il capire, ad esempio, che la gran parte dei problemi di un paziente sono dovuti ad una madre possessivo-ansiosa e ad un padre assente non è di grande aiuto per ricercare il modo per cambiare la sua situazione."

- "Dare molta importanza alle cause prime del disagio può far sì che il paziente, invece di assumersi la responsabilità della propria vita di oggi e dei cambiamenti che sono senz'altro possibili, ritorni continuamente al passato per dare la colpa della propria situazione alla mamma, al papà, al fratello, al collegio ecc.. Egli finisce cioè per non rendersi più conto che "il passato è passato" e che i processi di colpevolizzazione non gli saranno di alcuna utilità per il cambiamento."

- "Un impegno intenso e costante della razionalità nella ricerca dei concatenamenti logici di "causa-effetto" (mente "detective") riduce le energie mentali che potrebbero invece essere dedicate, con risultati di gran lunga superiori, all'invenzione (mente "creativa"), momento per momento, di soluzioni atte a ridurre il proprio malessere".

- "In psicoterapia deve essere privilegiato l'uso creativo della mente, anche per bilanciare l'assoluta priorità assegnata purtroppo alla "mente razionale" dal nostro tipo di società".

- "Un utilizzo eccessivo della mente, finalizzato alla comprensione, rende la terapia più "fredda".

- "Le interpretazioni del comportamento del paziente, date per lo più dal terapeuta, rafforzano la posizione di potere di quest'ultimo ("Sono io che so e capisco" "Sono io che ti spiego"). Tale potere deve invece progressivamente ridimensionarsi se si vuole facilitare la crescita del paziente".

- "Dare eccessiva importanza al "capire" rinforza il primato della mente sul resto del corpo, con i conseguenti squilibri che conosciamo fin troppo bene".

- "Soffermarsi eccessivamente sul "capire" accentua l'importanza della consapevolezza rispetto alle altre due componenti del processo di crescita, l'accettazione e l'espressione delle emozioni bloccate, il cui sviluppo rischia pertanto di essere ritardato".

**Oggi** il mio pensiero è leggermente cambiato ed ho, nei confronti del "capire" e delle interpretazioni, un atteggiamento meno critico.

Mi sono infatti reso conto che, anche se non esiste la certezza che le spiegazioni date siano "giuste", ricostruire un ipotetico

percorso dello sviluppo psichico ed emozionale del paziente serve ad aiutarlo a riappropriarsi delle proprie radici e, di conseguenza, a rafforzare la sua identità e l'accettazione di se stesso.

Ma riappropriarsi del passato facilita l'accettazione del presente. Accettare il presente è condizione indispensabile per liberare energie necessarie al cambiamento. Il cambiamento è il mezzo attraverso il quale realizziamo il nostro futuro.

Vista in quest'ottica la dimensione del "capire" riacquista un suo valore ben preciso nel processo di crescita e di armonizzazione di passato-presente-futuro.

E anche se il capire può essere visto come un salvagente che rischia di ritardare il momento nel quale il paziente comincia a stare a galla con le proprie forze, è anche vero che, all'inizio della terapia, per alcuni pazienti, l'utilizzo di questo salvagente può essere indispensabile.

Voglio ripetere ai miei colleghi non ancora esperti una raccomandazione fondamentale già fatta in precedenza: è importante che sia il paziente a "capire" e non tanto il terapeuta; non lo ripeterò mai abbastanza.

Ciò significa, per esempio, che nell'interpretazione di un sogno dobbiamo lasciare che sia il paziente, aiutato da strumenti che noi gli forniamo, a scoprirne il contenuto profondo e non noi a dargli la nostra interpretazione "intelligente".

Dobbiamo cioè dare importanza alle sensazioni e al punto di vista del paziente anzichè imporgli il nostro, anche quando pensiamo che sia quello giusto. Ha infatti scarsissimo valore rivelare al paziente delle "verità" sui suoi comportamenti molto prima che egli inizi a percepirlle autonomamente.

Inoltre bisogna tener presente che le nostre interpretazioni possono contenere, in misura più o meno grande, anche nostre proiezioni.

## **12 - TERAPIA DIRETTIVA - I COMPITI A CASA**

### **a - Terapia direttiva**

Quando racconto ad alcuni colleghi il mio modo di fare terapia vengo talvolta accusato di essere troppo "direttivo" e criticato soprattutto per azioni del tipo:

- imporre, dopo un certo tempo, ad un paziente che non ha reddito, di pagare in qualche modo una parte della terapia con soldi propri;
- spingere un giovane trentenne, che vive ancora in famiglia, ad andare ad abitare per conto proprio;
- porre un limite massimo di tempo entro il quale un giovane, eterno disoccupato o improvvisatore di lavori saltuari, debba trovare un lavoro fisso;
- porre un limite al continuo rinvio che un paziente si concede nell'affrontare un chiarimento difficile, una situazione scomoda o una presa di posizione che lo spaventa;
- e così via.

E' vero: il mio carattere, quando mi sembra che la situazione del paziente lo richieda, mi spinge a comportarmi come un padre che non dà solo sostegno e protezione ma anche stimoli e limiti. E' così negativo? Non credo. Infatti l'abbinamento equilibrato di un atteggiamento affettuoso e protettivo con uno direttivo e, apparentemente, autoritario consente di ottenere ottimi risultati in quanto smuove sempre, nel paziente, emozioni che, di volta in volta, possono variare dalla voglia di disobbedirmi, al piacere di obbedirmi e farsi guidare, al piacere di sentire il mio interessamento e la mia protezione.

Naturalmente il risultato varia sensibilmente in funzione del carattere del terapeuta e del suo modo di essere contemporaneamente affettuoso e direttivo.

### **b - I compiti a casa**

Mi capita talvolta di assegnare al paziente dei compiti da fare nell'intervallo tra una seduta e l'altra. Dare dei "compiti a casa" può sembrare una tecnica collegata ad un'impostazione direttiva della terapia. In realtà il significato e gli obiettivi di questa tecnica possono andare al di là della pura e semplice direttività e servire a:

- prolungare il rapporto terapeutico anche al di fuori della seduta.
- mantenere il paziente a contatto con alcune emozioni che vengono riattivate dal compito assegnato.
- forzarlo leggermente nell'affrontare situazioni scomode.



- impedire che da una seduta all'altra, soprattutto quando l'intervallo è di due settimane, si ricostituiscano le difese.

I compiti a casa possono essere di moltissimi tipi: ne ricordo alcuni.

- **Esercizi di rinforzo.** Il paziente, durante la seduta, sceglie una o due frasi che esprimono l'affermazione della sua parte sana contro quella nevrotica. Ad esempio: "Posso diventare adulto anche senza l'autorizzazione di mio padre". Il compito consiste nel ripetere o scrivere la frase un certo numero di volte ogni giorno. L'affermazione può anche essere ripetuta o scritta, oltre che in prima persona, alla seconda o terza singolare "Tu puoi diventare grande anche senza l'autorizzazione di tuo padre." "Egli può diventare grande anche senza l'autorizzazione di suo padre."

- **Esercizi di chiarimento.** Spesso il paziente cova dei sentimenti inespressi, solitamente negativi ma talvolta positivi o malinconici, verso una persona per lui importante (genitore, parente, partner, amico, superiore ecc.). Il compito può consistere nel chiedergli di scrivere una lettera o avere un chiarimento per esprimere a quella persona le emozioni ed i sentimenti repressi fino a quel momento.

- **Esercizi comportamentali.** Sono finalizzati soprattutto ad aiutare il paziente a spogliarsi di alcuni comportamenti che in terapia sono stati identificati come facenti parte delle difese nevrotiche. Il compito serve a mantenere il paziente a contatto con quel comportamento per renderlo più consapevole e non per imporgli il cambiamento.

Ad esempio, per un paziente che maschera la paura o la tristezza o la rabbia con un continuo sorriso, il compito potrà essere quello di sorridere meno. Uno che prova fastidio nel contatto corporeo dovrà trovare il coraggio di "toccare" di più ed accarezzare almeno le persone a lui familiari; viceversa per una persona che utilizza troppo il contatto. Ad un paziente che cammina curvo e con il torace chiuso posso chiedere di raddrizzare, ogni tanto, le spalle, alzare la testa, allargare il petto e sentire cosa prova. E così via.

Gli esercizi possono essere di moltissimi altri tipi: mi viene in mente, per esempio, una paziente fortemente disturbata, che, come difesa primaria, tendeva a non essere assolutamente a contatto con se stessa. Le diedi il compito di portare sempre

con sé un block-notes sul quale doveva annotare, una volta ogni ora, ciò che provava in quel preciso momento sia interiormente che fisicamente (per le sensazioni fisiche doveva entrare nel dettaglio delle diverse parti del corpo). L' esercizio accelerò sensibilmente il processo di aumento della sua consapevolezza.

Nel dare i compiti a casa il terapeuta non deve comportarsi rigidamente e non deve attribuire eccessivo peso a come il paziente li ha eseguiti; è invece importante che spieghi bene le finalità del compito e, se il paziente non lo facesse, che lavori sulle resistenze che sicuramente si sono attivate.

### **13 - INTERRUZIONI E FINE DELLA TERAPIA**

Tra psicoterapeuti si discute frequentemente della fase finale della terapia, su come sia possibile capire quando essa inizi e quando sia arrivato il momento di porre fine al trattamento. Personalmente non sono molto interessato alle discussioni su questo argomento. Infatti, se la terapia ha un decorso normale ed un esito positivo, ad un certo momento è il paziente stesso che del tutto naturalmente entra nell'ordine di idee di finire in quanto percepisce il "prezzo" (inteso in senso lato) della terapia come troppo alto per i vantaggi che ancora gliene derivano.

Spesso percepisco l'approssimarsi di questa situazione prima che il paziente me lo dichiari: In questi casi sono io che introduco l'argomento ma lo faccio con molta delicatezza per non dare al paziente la sensazione che io lo voglia mandar via. Quando egli accetta l'idea di terminare il rapporto cominciamo con il diradare le sedute e fare delle previsioni di larga massima per il termine della terapia, deciso il quale ci riserviamo solitamente ancora due o tre sedute per affrontare il distacco, parlarne a fondo ed elaborarlo sul piano psichico e affettivo.

Ho sempre vissuto la fase finale della terapia in stretto contatto affettivo con il paziente ed in modo del tutto naturale: è forse per questa ragione che non trovo molto di più da dire sull'argomento.

Ben diverso e più complesso è invece il caso di un paziente che, pur essendo ancora lontano dai risultati preventivati, desideri interrompere la terapia.

In questi casi ho spesso dei dubbi sul comportamento da tenere in quanto in me si possono mescolare diversi sentimenti tanto da

non permettermi di sentire con chiarezza quanto venga influenzato da ognuno di essi.

Quelli che più frequentemente percepisco sono:

- il timore di non essere stato un terapeuta abbastanza bravo;
- il dispiacere per il rifiuto del paziente, nei miei confronti;
- il desiderio che egli continui la terapia in modo da analizzare che cosa si possa nascondere sotto il desiderio di interrompere il rapporto; il timore perciò di "lasciarlo andare" senza aver sviscerato sufficientemente questo possibile problema;
- talvolta il mio stesso desiderio di interrompere una terapia che anche per me può essere diventata faticosa;
- il rispetto per la sua decisione, accompagnato dal pensiero che anche un'interruzione, purchè vissuta con consapevolezza, possa essere un'esperienza che aiuta a crescere.

In questa situazione di dubbio mi sembra che la cosa migliore sia discutere profondamente e con sincerità la situazione con il paziente per chiarire fino in fondo i suoi ed i miei vissuti. Solitamente gli propongo di fare, dopo quella nella quale è emerso il problema, altre due o tre sedute per lavorare sul decorso della terapia, sui suoi sentimenti verso di me, sui risultati raggiunti e quelli mancati, sulle sue paure, i suoi desideri e sulle fantasie riguardo al dopo-terapia; ma anche sui miei sentimenti verso di lui e sui miei vissuti rispetto all'interruzione.

Dopo queste sedute accolgo, con rispetto ed affetto, la decisione del paziente e lo aiuto, fino all'ultimo, ad essere consapevole, accettante di se stesso e chiaro in ogni sua manifestazione. Gli esprimo con la massima sincerità i miei sentimenti ma non faccio nulla per fargli cambiare idea. Al momento del commiato gli dico che potrà sempre contare sulla mia disponibilità e sul mio affetto.

**Guido Grossi**

*Finito di stampare il 3 Settembre 2003*



***Associazione Italiana di Psicoterapia Umanistica***

*Via Don Carlo Porro, 6 - 20128 Milano - Tel. 02.2571166  
P.zza dei Giustiniani, 6 - 16123 Genova - Tel. 348.3049992*