

PSICOTERAPIA A DUE TERAPEUTI (« TERAPIA DUALE »)

R. K. GREENBANK

R. K. GREENBANK LAVORA AL TEMPLE MEDICAL CENTER UPPER DERBY, U.S.A. L'ARTICOLO È STATO PUBBLICATO IN LINGUA TEDESCA SU « ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOTHERAPIE AND MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE » 1967, 4, 117-125, COL TITOLO « PSYCHOTHERAPIE DURCH ZWEI THERAPEUTEN ».

RIASSUNTO

In questo articolo vengono presentate le ricerche su una nuova tecnica psicoterapeutica, concepita allo scopo di superare i problemi che insorgono quando la psicoterapia è utilizzata in uno spettro più ampio di casi. In certi pazienti, l'impiego simultaneo di due terapeuti si è dimostrato utile.

SUMMARY

A research modification of psychotherapeutic technique is described. It was designed to overcome some of the problems which have developed as psychotherapy is utilized with a wider spectrum of cases. In certain patients, the simultaneous use of two therapists has been found of value.

Note preliminari

1) Il metodo della « terapia duale » si distingue dalle abituali psicoterapie delle nevrosi come la psicoterapia infanti-

le si differenzia dalla psicoterapia per adulti.

2) Non vogliamo sostenere che si tratti di un metodo utilizzabile universalmente. È uno strumento, non un nuovo sistema. Non è indicato per tutti i pazienti e non tutti sono adatti ad esso.

3) La tecnica duale presuppone una ampia esperienza psicoterapeutica. Questo metodo non è indicato per tutti, ma anche nella terapia dei bambini si utilizzano dei metodi, a cui non si darebbe la preferenza nella terapia degli adulti.

4) Se più di un terapeuta è impegnato col paziente, si sviluppano egualmente sentimenti transferali come nella situazione « One-to-one », ma questi sono di natura più complessa.

5) Le emozioni vengono espresse in maniera più libera ed attiva per cui il trattamento procede più rapidamente. In questo tipo di terapia il paziente è impegnato emozionalmente con più intensità. Questo può creare delle difficoltà a coloro che si sentono a loro agio solo in un'atmosfera altamente intellettuale.

Definizione

La psicoterapia è un trattamento psicologico che ha lo scopo di far sì che le funzioni psichiche fondamentali del paziente si esprimano meglio. Quando ciò riesce, noi notiamo che il paziente diventa più felice, più maturo, più efficace e più produttivo.

La « terapia duale » è una psicoterapia a due o più terapeuti con un unico paziente in un determinato arco di tempo.

Il co-terapeuta deve essere una per-

sona qualificata, per studi ed esperienza, ad essere uno psicoterapeuta autonomo. Deve avere una buona comprensione del proprio inconscio. L'aver fatto un'analisi didattica è molto importante a questo fine.

Si ricorre alla terapia duale quando ciò appare indicato sulla base della psicodinamica individuale di un determinato paziente. Col progredire del trattamento si deve ricorrere non di rado a modifiche dell'impostazione terapeutica. Intendiamo dire che il metodo di trattamento deve essere adattato al problema individuale e non stabilito in base ad un piano rigido e preordinato.

Nella presentazione dei nostri casi abbiamo tralasciato una completa interpretazione delle dinamiche, che dovrebbe essere la premessa per ogni buona psicoterapia. Abbiamo scelto casi tipici, senza peraltro voler sostenere che essi rappresentino le uniche possibili varianti di questo metodo.

Caso 1: un meccanico di 30 anni, celibe, dall'età di 13 anni era affetto da balbuzie e da disartria, senza che fosse riscontrabile una causa organica. Era impotente e mostrava segni di una schizofrenia paranoide latente. Era il più giovane di due figli. La sorella aveva quattro anni più di lui. Quando il paziente aveva dieci anni la madre ebbe un colpo apoplettico e fu per questo costretta a letto; morì quando il paziente aveva 14 anni. Il padre, che per lunghi anni era stato fuori casa, provvide al ragazzo fino al suo diciannovesimo anno, poi morì anche lui. Il paziente visse poi presso uno zio, che morì quando lui aveva 23 anni. Durante l'infanzia si erano manifestati in lui violenti accessi d'ira, durati fino a quando comparve la balbuzie. Da adulto era un « Caspar Milquetoast » impotente e silenzioso ma pieno di rabbia.

La sua aggressività, prima della comparsa della balbuzie, si manifestò apertamente nel-

le seguenti occasioni: 1) all'età di 8 anni lanciò addosso alla sorella un coltello da macellaio, che le si conficcò nella schiena per la profondità di 4 pollici; 2) maledì e coprì d'ingiurie sua madre sul letto di morte; 3) mentre il padre doveva lavorare duramente per provvedere a lui, egli giocava in maniera coatta e perdeva una grande quantità di denaro.

La madre prima dell'ictus era gioviale, in seguito divenne plagnucolosa e lamentevole. Il padre era rigido (« I figli potevano essere visti, ma non ascoltati ») e soffocava ogni tentativo di indipendenza del figlio. Inoltre sulla prima infanzia del paziente vi era l'ombra delle frequenti separazioni dei genitori.

Tra l'altro il paziente soffriva per le difficoltà che gli derivavano dalla continua repressione dei suoi impulsi aggressivi. « Amare significa uccidere »: quest'esperienza si propose frequentemente sulla sua infanzia.

Era già ricorso a numerosi psicoterapeuti di sesso maschile e femminile (psicoanalisti, psichiatri, sacerdoti, fonoiatri, ecc.). Nessun trattamento era stato portato a termine. O il paziente era venuto per alcuni mesi e poi non più, oppure aveva interrotto bruscamente la terapia, non appena, tramite un trattamento particolarmente approfondito e adeguato, si profilava la scoperta di materiale importante.

Poco dopo l'inizio della nostra terapia disse: « Io la trovo simpatico e probabilmente anche lei mi trova simpatico, quindi non vedo quali ulteriori problemi dovrebbero esserci. Interromperò il trattamento e mi cercherò una dottoressa che mi aiuti a guarire dalla mia impotenza ».

Il suo netto rifiuto di continuare le sedute individuali consigliò di intraprendere una terapia duale. La scelta cadde su un'esperta co-terapeuta di tipo materno, che possedeva alcune qualità seducenti. Aveva già lavorato intensivamente con pazienti psicotici ed era stata accettata da questi come una persona fidata (ciò che del resto costituisce un buon requisito per la scelta di un co-terapeuta).

Il paziente era d'accordo di venire ancora ad una seduta « per conoscere la dottoressa ». Insistette però nel farsi assicurare che non era una trappola o un « trucco » e che egli non sarebbe stato « presentato nudo ». La sua

debole fiducia nella realtà si rispecchia in questo sospetto quasi delirante.

Entrando nella stanza, con una rapida occhiata volle assicurarsi che ci fosse veramente una donna. Nel suo atteggiamento subentrò una completa distensione, che rivelava inequivocabilmente il suo senso di sollievo. Cominciò a sentirsi sempre più a suo agio nel nuovo rapporto, che, dal punto di vista emozionale, escludeva il terapeuta di sesso maschile. Dopo la regressione terapeutica, a questo punto della cura, il suo precedente comportamento sociale auto-distruttivo migliorò. Per la durata della regressione terapeutica l'analista fu liquidato, con la motivazione: « Non ho bisogno di lei per quello che faccio ». Per mesi si poté osservare un buon progresso e il paziente si trovava in un rapporto « buono, caldo e vicino » nei riguardi della terapeuta. Affiorò un ricordo della prima infanzia: « Mia madre non voleva un figlio maschio, voleva una bambina che prendesse il posto della figlia morta uno o due anni prima ». In precedenza non si era mai ricordato dell'esistenza di questa (seconda) sorella. Del terapeuta assente non si parlò.

Questo periodo fu interrotto bruscamente quando la terapeuta venne alla seduta con una gonna rossa. Il nostro paziente fu preso dal panico e si rifiutò di continuare a vederla. Volle restare solo a condizione che rimanesse il terapeuta (uomo). Io mi presentai e il paziente insistette per avere un colloquio confidenziale solo con me. Questa puttana, disse, aveva solo il proposito di sedurlo e di umiliarlo con l'impotenza che c'era da aspettarsi da lui. Dopo di che seguirono diverse settimane di abreazione. Nel corso del lavoro terapeutico che seguì, si legò di nuovo e più strettamente al terapeuta; ne risultò una ricomparsa dell'ansia omosessuale. A questo punto la co-terapeuta fu nuovamente « invitata » a riprendere il trattamento. Poteva sembrare che si fosse tornati alla situazione iniziale. Ma non era così. Originariamente all'apparire della co-terapeuta, il terapeuta era stato ignorato e infine del tutto escluso. Questa volta il terapeuta fu attaccato verbalmente. Venni definito come « freddo, privo di comprensione, esageratamente esigente e interessato solo al mio onorario ». « Senza una donna io non potrei parlare così. Sarei in sua

balia e nessuno mi proteggerebbe ».

Dopo alcuni mesi si verificò un triste avvenimento, che confermò il vantaggio della terapia duale: la terapeuta si ammalò gravemente. Fu necessario un ricovero in ospedale, cui seguì una lunga convalescenza. Il ripetersi della perdita della madre fu un duro colpo per il nostro paziente; egli si rivolse comunque al membro superstite del team terapeutico, dicendo: « Non potrei mai andare da un estraneo, piuttosto mi ucciderei ». Lottò intensamente in questa fase di lutto. Poi emerse un altro ricordo rimosso: « Quando avevo quattro anni, mia madre mi lasciò e se ne andò via col treno. Ho chiaramente dinanzi agli occhi l'immagine di me che piango davanti a una casa ».

L'analisi mise in moto nel paziente un progressivo processo di maturazione. Mentre prima aveva paura delle donne, adesso cominciò ad avere degli appuntamenti. Dopo diversi appuntamenti, intraprese una relazione di tipo neurotico con una donna molto poco adatta per lui. In seguito interruppe questa relazione insoddisfacente, nella quale aveva avuto per la prima volta un orgasmo genitale. Poco prima della fine del trattamento ebbe questo sogno: « Sono un lanciatore di giavellotto e lo faccio bene. Mia madre mi dà un nastro azzurro e mio padre è fiero di me ».

Dopo che ebbe avuto per un periodo altri normali rapporti con donne, si sposò felicemente. La balbuzie e i movimenti convulsivi, che prima erano presenti mentre parlava, sparirono.

Questo caso è indicativo di come un paziente gravemente disturbato può essere trattato con successo ma solo se una seconda persona del team terapeutico è a disposizione per quando gli impulsi sessuali e aggressivi prendono il sopravvento.

Caso 2: una liceale di 16 anni dovette essere presa in cura per dei seri propositi di suicidio. Il padre morì quando lei aveva 5 anni. La madre era affetta da una psicosi maniaco-depressiva. Il terzo ricovero in ospedale della madre scatenò la malattia nella nostra paziente. La figlia accettava le accuse che la madre le ripeteva spesso, di essere la colpevole della sua psicosi. La ragazza era piena

di sentimenti di colpa: « Io non sono buona a niente, sarebbe meglio che fossi morta ».

Si decise per una terapia duale, dato che la ragazza rifiutava decisamente di essere curata da un terapeuta uomo, pur riconoscendo che questi era uno specialista competente. Alla terza seduta duale disse con stupore: « Ho fiducia in lei (nella terapeuta), ma non in lei (nel medico) anche se le voglio bene. È proprio come a casa: avevo fiducia in mio padre, ma morì. Ho paura che anche lei possa morire ». Scoppiò in singhiozzi disperati. Dopo che ebbe abreagito emozionalmente e dopo che ebbe preso coscienza dei vari nessi esistenti, sviluppò un rapporto positivo verso tutti e due i terapeuti.

La terapia duale aveva favorito in lei l'esplicazione del transfert, accompagnato da un insight emozionale.

Caso 3: uno psichiatra di 53 anni, sposato, venne alla terapia dopo un acuto accesso di ansia. L'ansia era insorta in lui dopo che una donna giovane e attraente aveva cercato di sedurlo. Con una normale psicoanalisi si riuscì ad eliminare la sintomatologia acuta. Egli mostrava una buona capacità di introspezione e migliorava nei rapporti sociali e nelle sue prestazioni professionali.

Dopo un anno di fruttuoso lavoro, sviluppò una resistenza che ostacolava decisamente ogni ulteriore progresso. Discuteva in maniera intellettuale solo di problemi di attualità. Silenzi, interpretazioni, confronti e altre tecniche usuali non conducevano ad alcune modificazioni della sua difesa intellettuale, ostinata e coatta. Ciò durò per dei mesi. Di fronte a questa analisi, che si aveva ragione di ritenere sterile, fu presa la decisione di tentare una terapia duale. Il paziente mantenne la sua posizione sul divano analitico e poteva rivolgersi all'uno o all'altro dei terapeuti, considerandolo il suo medico. Quello dei due a cui egli non si rivolgeva rimaneva in gran parte passivo. Talvolta lo scambio dei terapeuti avveniva nell'ambito di una stessa seduta ma vi erano anche periodi di parecchie sedute, in cui ciò non si verificava. Presto ritornò nel paziente la capacità di fare libere associazioni e quando egli ricadeva, con uno dei terapeuti, nel suo precedente atteggiamento difensivo intellettualizzante, l'altro terapeuta

riusciva, contrariamente alla stasi che si verificava prima, a « rimettere le cose in movimento » con una adeguata interpretazione. Da allora non vi furono più periodi sterili.

Questo caso dimostra la validità della terapia duale, perché in tal modo venne effettuato il processo terapeutico in un paziente di età piuttosto avanzata con atteggiamento difensivo rigido e coatto.

Caso 4: uno studente di medicina fu inviato per una terapia, a causa di gravi disturbi del comportamento. Presentava una struttura di personalità tipicamente psicopatica. Il suo controllo superegoico era sviluppato molto debolmente. Non provava alcun senso di colpa per il modo in cui soddisfaceva i suoi bisogni immediati con alcool, risse, disonestà, e qualunque altro tipo di comportamento.

Suo padre era un minatore. Il nostro paziente era stato trascurato dai genitori in modo irresponsabile. Mostrava una forte tendenza all'autodistruzione, pur essendo una personalità molto intelligente e simpatica. Minacce di suicidio, condotta disordinata e il suo comportamento sessuale resero notevolmente difficile il trattamento. A causa delle numerose telefonate, e lamentele degli organi amministrativi riguardanti il paziente, il terapeuta si trovò di fronte a difficoltà più gravi di quanto egli non fosse in grado di superare.

Prima di lasciare il rischio terapeutico di questo caso ingrato ad una istituzione, si tentò una terapia duale, che in certi momenti era una terapia a tre. Un co-terapeuta assisteva al trattamento psicoterapeutico. Un assistente medico sbrigava i molti particolari quotidiani ed era a disposizione per telefonate urgenti. Tutti i componenti erano in costante collegamento fra di loro e con lo psichiatra capo.

Il paziente fece molti tentativi per far saltare il team, ma ciò non gli riuscì. Dopo sei mesi di lungo, estenuante acting-out, diventò più tranquillo.

In questo caso la terapia duale, ripartendo il transfert ostile tra più persone, rese possibile il trattamento ambulatoriale.

Vorremmo riassumere nel modo seguente i vantaggi e gli svantaggi da noi riscontrati:

Vantaggi

1. La presenza di un secondo terapeuta impedisce lo sviluppo di ansie omosessuali ed eterosessuali. In questo modo non viene bloccata l'espressione di sentimenti, pensieri o libere associazioni.

2. Il transfert ostile viene suddiviso. Questo è utile sia al paziente che al medico. La presenza di un « friend in court » costituisce chiaramente un tranquillizzante fattore di sicurezza (per il terapeuta). Esplosioni di collera sono meno temibili se si è in più di una persona a fronteggiarle.

3. La terapia duale è un prezioso aiuto per la formazione.

a) Per terapeuti già esperti: gli errori si vedono prima e vengono corretti più facilmente. In psicoterapia la consultazione reciproca tra colleghi si è sempre rivelata utile. Qui il collega ha il vantaggio di conoscere di prima mano la situazione. La discussione non dovrebbe aver luogo in presenza del paziente;

b) per terapeuti agli inizi: la terapia duale offre un'ottima occasione per vedere al lavoro colleghi con maggiore esperienza.

4. I transfert si sviluppano più rapidamente e diventano più presto evidenti al paziente.

5. Dal momento che in molti casi i terapeuti si scambiano nel corso del trattamento, ne deriva un risparmio di tempo per il membro più qualificato del team e in tal modo un maggior numero di pazienti può usufruire della terapia speciale.

6. La terapia duale può aiutare a ridurre la frequenza di trattamenti singoli.

7. Ferie e malattie del terapeuta o fatti analoghi non hanno come conseguenza una perdita di tempo nel trattamento.

8. L'aver a disposizione più di un punto di appoggio può salvare la vita, in fasi critiche, a pazienti tendenti al suicidio.

Svantaggi

1. Anzitutto va preso in considerazione il costo del trattamento. Impegnare diversi specialisti altamente qualificati può essere molto costoso. La spesa più elevata può però essere compensata, secondo la nostra esperienza, dalla minor durata della terapia.

2. Stabilire un orario per le varie sedute richiede la coordinazione di due o più orari. È auspicabile avere a disposizione un altro ambiente, per quanto questo non sia strettamente necessario.

3. Per le discussioni e per le supervisioni della terapia va calcolato il tempo corrispondente, di durata variabile da caso a caso.

4. Anche per la formazione dei nuovi membri del team va programmato un certo impiego di tempo.

Caratteristiche personali richieste: per i co-terapeuti è determinante il poter essere indipendenti nel pensiero e nell'azione. Ognuno di loro deve essere adatto professionalmente e ispirare fiducia nei rapporti col paziente e col team di lavoro. Questo richiede maturi-

tà, affidabilità, conoscenze tecniche e capacità di adattamento. La terapia duale può divenire efficace solo nella misura in cui sono soddisfatti questi requisiti. La loro mancanza causa nel paziente gli stessi gravi danni che vengono provocati in un bambino da una profonda disarmonia tra i genitori.

I co-terapeuti dovrebbero essere di sesso diverso. Questo però non è strettamente necessario. Presupposti fondamentali della terapia duale sono una libera comunicazione e mancanza di concorrenza tra i membri.

Discussione

Nella psichiatria moderna il lavoro di una persona non può mai essere considerato singolo. Sembra che niente si sviluppi da se stesso o per mezzo di se stesso. Ogni evoluzione moderna si basa sull'opera di molti precedenti terapeuti. La cosa migliore per ogni nuovo lavoro è portare avanti e sviluppare dei metodi precedenti. Questo vale anche per la terapia duale. Una rassegna sintetica dall'antichità fino ai giorni nostri può darci una visione d'insieme.

Su tombe egiziane si trovano raffigurazioni di « medici » che curano malati psichici. In molti casi sono presenti parecchi medici che tengono il paziente, mentre il capo dei sacerdoti gli stende le mani sul capo. Lo stregone-medico delle tribù primitive ha spesso un assistente che rinforza i suoi poteri magici.

La terapia duale è menzionata già nei lavori dei primi analisti.

Paul Federn si serviva, con pazienti psicotici, di un'assistente di tipo materno.

S. Freud riteneva auspicabile che il « piccolo Hans » venisse curato dal padre. Negli ultimi tempi alcuni psicoterapeuti per i motivi più diversi hanno messo in atto delle varianti della terapia duale.

George Lott ha messo un accento particolare nell'aspetto formativo della terapia duale nell'addestramento dei giovani terapeuti e soprattutto dei laureati candidati all'insegnamento della psicologia clinica. I risultati da lui ottenuti già da tempo, per quanto non fossero venuti a nostra conoscenza che un anno fa, coincidono pienamente con le nostre esperienze. Egli conferma quasi tutti i vantaggi e gli svantaggi di età cui abbiamo riferito noi.

J.C. Book in un « Veteran Hospital » canadese, tentò una terapia più breve e più intensiva, dato che così otteneva risultati più rapidi. La sua esperienza, in base ai pochi casi di cui riferisce, è stata molto positiva.

Boenheim fu costretto a ricorrere ad una terapia multipla, poiché si trovava nella necessità di formare molti assistenti psichiatrici senza poter disporre di un numero adeguato di supervisori.

J.C. Beck, a causa della mancanza di medici, impiegò degli studenti nel trattamento di pazienti psicotici cronici. Essi lavoravano con la terapia duale con buoni risultati. In questo modo molti pazienti, che altrimenti sarebbero rimasti senza psicoterapia, poterono essere sottoposti a trattamento.

Whitaker e Melone, come pure noi, sembrano trarre dalle partecipazioni alla terapia duale un vantaggio persona-

le, oltre all'utilità terapeutica per il paziente. Infatti noi abbiamo spesso constatato che i nostri pazienti si accorgono quando i loro terapeuti vanno d'accordo e ne sono contenti.

John Rosen si serve di assistenti, ai quali di solito non viene richiesto un lavoro autonomo e che aiutano il terapeuta capo (sia durante il trattamento che in sua assenza).

Nello psicodramma di Moreno lavorano diversi terapeuti, con ruoli più o meno importanti a secondo del loro grado di formazione. Anche il pubblico può essere visto in questo caso come « un terapeuta multiplo » per il paziente.

Jack Ward è dell'avviso che durante la cura con LSD è utile la presenza di diversi terapeuti, perché quando compaiono ansia, panico e delirio il paziente riesce a calmarsi più facilmente.

F. Alexander, Hill e altri parlano della terapia duale come di un fattore di formazione essenziale. Terapeuti duali vengono dovunque impiegati di routine nella psicoanalisi di gruppo e nella psicoterapia di gruppo. Il ruolo di colui che conduce il gruppo può essere o di osservatore passivo o di segretario delle sedute oppure di un vero e proprio co-leader del gruppo.

Nella psichiatria istituzionale vengono impiegati di solito diversi terapeuti. Per lo più si tratta di una partnership piuttosto elastica, in cui il campo di azione e la durata dell'impegno di ciascuno sono variabili. In questi casi la formazione di un team costituito da infermiera, medico e aiuto-terapeuta è una necessità pratica.

D. Buck fa trattare da più terapeuti i giovani delinquenti.

A Filadelfia Hayward, Peters e Taylor hanno impiegato con successo più terapeuti nel trattamento di psicotici nella pratica privata.

Warren Hampe negli ultimi due anni ha dato a un gruppo di otto psichiatri il compito di prendere in esame e di risolvere dei « vicoli chiusi terapeutici ». Quando un trattamento si arenava, la seduta del medico e del paziente si teneva nel gruppo, che poteva intervenire se ciò si dimostrava necessario.

Nell'« Ortopsichiatria » da molto tempo lavorano assieme più terapeuti, soprattutto nel seguire dei ragazzi durante il ricovero e ambulatoriamente. In questi casi sia i genitori che i figli vengono curati come pazienti.

I supervisori psicoterapeutici sono in realtà impegnati in una terapia duale. I pazienti se ne rendono conto quando notano un cambiamento nel comportamento del loro terapeuta come risultato del controllo. « L'ombra del supervisore fa capolino dietro le spalle del terapeuta ».

Questi sono alcuni esempi di come altri terapeuti abbiano modificato il classico rapporto « uno a uno » tra medico e paziente. Noi abbiamo constatato che ci sono più psicoterapeuti e psicoanalisti che usano questo metodo di quanto non risulti dalle pubblicazioni. Questo può essere dovuto al fatto che certi sono dell'idea che un trattamento a terapeuti multipli sia necessariamente meno adeguato e intensivo di una terapia singola. Noi non possiamo confermare questa opinione.