

**IL FILOSOFO IN PRIMA LINEA
TAVOLE ROTONDE
CONDOTTE DA UMBERTO GALIMBERTI**

psicoterapia

I pazienti, uno psichiatra, un prete. In un dialogo serrato guidato dalle riflessioni di uno studioso della psiche, per capire quali domande e risposte entrano in gioco davvero quando si chiede aiuto. E dove portano le diverse strade che imbocchiamo alla ricerca di una cura per l'anima

L'ambiente è affollato. Freudiani, junghiani, lacaniani, cognitivisti, comportamentisti, terapeuti della famiglia, terapeuti di gruppo. Se poi usciamo dal cerchio ristretto delle psicoterapie, che hanno elaborato un sistema teorico e una collaudata pratica di trattamento, incontriamo il buddhismo, la meditazione, lo yoga, il tai-chi, la confessione, la direzione spirituale e, perché no, perfino la devozione a Padre Pio. Cosa non si fa per curare l'anima, per uscire dalla morsa stretta del dolore, per realizzare l'immaginario dei desideri che allucinano la mente, per comporre i conflitti che non sappiamo mai se attribuire a noi stessi o agli altri, per guadagnare il governo di sé, per reperire un senso alla nostra esistenza, costretta a vivere in un mondo che forse non è stato fatto propriamente per noi.

Questa impresa fu tentata prima dalle religioni che hanno insegnato agli uomini regole di contenimento, riti e discipline volti a contenere quell'animalità selvaggia che ciascuno di noi avverte dentro di sé come prima e irriflessa giustificazione della vita e che, se portata all'eccesso, precipita nella distruttività. Dopo la religione venne la filosofia a indicare il giusto mezzo tra gli eccessi, la regola per la buona conduzione della vita. Qui la cura dell'anima raggiunge il suo vertice più alto perché, alla cieca obbedienza, alle prescrizioni religiose, sostituisce la conoscenza di sé. Ma quando ci si accosta all'albero della conoscenza, oltre a provocare l'ira di Dio (Genesi), si imbocca quel percorso infinito, dove, fra prove ed errori, vie e devianze si perviene a quegli abbozzi di sapere che non hanno

altro criterio di validità che non sia la loro efficacia. Un'efficacia provvisoria, perché le malattie dell'anima mutano con il tempo, dipendono dal contesto culturale in cui ci si trova a vivere, nonché dalle contingenze che accompagnano la casualità della nostra vita, intorno a cui ostinatamente ci affaccendiamo nel tentativo di reperirvi un senso, che troppo spesso si nasconde, per riapparire talvolta a nostra insaputa, sorprendendoci in luoghi che mai avremmo pensato di abitare. Del resto già Eraclito ci aveva avvertito: "Per quanto tu cammini e percorra ogni strada, non potrai raggiungere i confini dell'anima, tanto è profondo il suo logos". Per questo nessuna pratica terapeutica può pretendere per sé un criterio di verità come invece accade ad altre pratiche scientifiche, ma un sentiero di verosimiglianza, una **aggiustamento** progressivo verso la conoscenza di sé, questo la psicoterapia può assicurarla. E vivere sapendo chi si è, è senz'altro meglio che vivere a propria insaputa, perché se è vero che di vita ne abbiamo una sola, almeno conosciamola. **U.G.**

HANNO PARTECIPATO ALL'INCONTRO

- **GIORGIO REZZONICO.** Professore ordinario di Psicologia Clinica all'Università di Milano Bicocca. Didatta e past president della Sitcc (Società Italiana Terapia Comportamentale e Cognitiva) e presidente dell'Accademia per le Scienze Cognitive. Curatore del volume *I sogni in psicoterapia cognitiva* di prossima pubblicazione per Bollati Boringhieri.
- **PADRE GUIDO BERTAGNA.** Prete del Centro San Fedele di Milano.
- **PAZIENTE A.** Nato in Argentina, 33 anni, è andato per la prima volta in terapia all'età di 16 anni.
- **PAZIENTE B.** Di sesso femminile, 32 anni, giornalista. Per tre anni e mezzo è stata in cura con una psicoterapeuta di scuola adleriana.

UOMINI O CASI?

Quando uno va in psicoterapia cessa di essere una "persona" e diventa un "caso", cioè un oggetto dove l'apparato teorico che presiede una psicoterapia verifica la propria validità. Non sarebbe opportuno abolire questa parola e smetterla, nei convegni di psicoterapia, di parlare di "casistica"? Questo linguaggio è mutuato dalla scienza, ma la psicoterapia non è una scienza, è un'arte.

Paziente A: «Sono argentino, di Rosario. Con la psicologia ho avuto diversi rapporti. Quando ero piccolo avevo problemi nel parlare e mi hanno mandato da uno psicologo. Comunque, bisogna dire che in Argentina, magari non mangiano, ma il 70 per cento della popolazione è psicoanalizzata. La teoria è che per vivere meglio, uno deve imparare a conoscersi. Imbocchi così la strada della psicoanalisi, dalla quale fai poi fatica a uscire: inizi e non finisci più. Io ho fatto 6 anni di psicoanalisi, proprio di quella tradizionale, sdraiato sul lettino, guardando il soffitto, due volte alla settimana. E sicuramente mi ha aiutato nella conoscenza di me stesso.

Però mi ha scatenato anche degli strani meccanismi di intorciamento: ero permanentemente insoddisfatto. A ripensarci oggi, probabilmente no, non andrei da un analista a 16 anni come ho fatto. Io prima pensavo che qualsiasi problema si risolvesse andando in terapia. E invece, ci sono cose che sono così, che devono essere accettate come sono, senza continuamente rimuginarle. I problemi che ho con mia moglie sono i problemi che ho con mia moglie, non sono il riflesso dei problemi che io ho avuto con mia madre. Credo che queste letture della psicoanalisi siano molto chiuse. Comunque, dopo i sei anni di psicoanalisi in Argentina, sono venuto qui in Italia. All'inizio mi sono rivolto a uno psicoanalista, ma ho interrotto subito: non avevo voglia di farmi delle masturbazioni mentali. Avevo bisogno di cose molto concrete. In questa

ricerca ho scoperto l'approccio cognitivista, che è più mirato e ha una tempistica di intervento più veloce. In ogni caso credo che, al di là della teoria che porta avanti il terapeuta, sia importante il buon senso. Chi ha buon senso, può usare elementi di diverse teorie. Oggi ci sono sicuramente delle forti contaminazioni...»

E la sua esperienza, invece, come è stata?

Paziente B: «Io sono andata in

analisi a 28 anni. È una cosa che ho sempre desiderato fare, e prima di quell'età, non l'ho fatta per ragioni puramente economiche. Sono andata perché ho avuto una famiglia molto difficile, di cui mi portavo addosso segni pesanti. Avevo quella che io chiamavo depressione, anche se la mia analista, adleriana, diceva che non era una depressione clinica, ma che era un tratto della personalità di tipo depressivo. Avevo provato prima con un'analista freudiana, da cui ho fatto poche sedute: non mi sono trovata bene e sono letteralmente scappata. Poi un amico psi-

chiatra mi ha consigliato questa psicologa adleriana. In tutto, sono stata in analisi tre anni e mezzo e non mi sono mai sentita dipendente, al contrario di persone che conosco: una mia amica, quando la sua analista andava in vacanza, entrava nel panico. Ho deciso io di interrompere l'analisi, anche abbastanza d'accordo con la mia terapeuta: secondo me, quello che dovevo fare con l'analisi, l'avevo fatto. L'analisi è uno strumento valido, ma come tutti gli strumenti umani ha dei limiti. Si arriva fino a un certo punto e oltre non si può pretendere di andare».

TRANSFERTI PERICOLOSI

Come si può pensare di "trasferire" un sentimento che è dentro di me su una persona che è fuori di me, allo stesso modo in cui si trasferisce un oggetto da un luogo all'altro? Il sentimento non è una "cosa", che si può spostare di qua e di là. Quando la psicologia abbandonerà la terminologia della fisica e smetterà di trattare il vissuto

degli uomini come si trattano le cose?

Adesso metterei sul tavolo il famosissimo transfert, ossia la relazione emotiva che si instaura tra paziente e terapeuta. Nel mondo cognitivista funziona il transfert? In fondo, funziona da tutte le parti: funziona anche con i professori a scuola...

Giorgio Rezzonico: «Nel vecchio mondo cognitivista gli aspetti relazionali non erano presi in considerazione. Oggi invece hanno conquistato una larga parte di importanza. Tanto è vero che nella formazione del primo anno, nella nostra scuola si mira proprio a imparare a decodificare meglio le emozioni in situazioni relazionali. Dal punto di vista del paziente, il terapeuta dovrebbe essere visto come base sicura, che, pur accidentata, ti permetta comunque l'esplorazione di modalità differenti di essere. Altrimenti paziente e terapeuta potrebbero essere immaginati come due ricercatori che stanno insieme per trovare la soluzione al problema di uno dei due. La terza immagine è quella del terapeuta come perturbatore strategicamente orientato, per cui non puoi insegnare

nulla a nessuno, ma puoi cercare di costruire una conoscenza condivisa tale per cui il paziente può prendere quello che più gli è utile per costruirsi dei nuovi strumenti di conoscenza di sé. Poi c'è il punto di vista del terapeuta. Io credo molto agli aspetti relazionali: per farne fronte si hanno a disposizione una serie di tecniche, che aiutano ad orientarsi, però poi è vero che alla fine te la giochi tu, che devi avere la sensibilità di capire come devi comportarti. C'è un legame con il paziente. È qualcosa che senti a pelle, che non è definibile: uno ti va o non ti va. Può succedere al terapeuta e può succedere al paziente. Tanto che io spesso dico di pensarci, di fare qualche colloquio per provare il rapporto...»

Paziente A: «Lei fa un discorso di pelle. Ma il lavoro di aggancio che deve fare il terapeuta nelle prime sedute dove va a finire?»

Rezzonico: «La cosa che mi affascina di più nella mia professione è la straordinaria capacità delle persone di dare senso. Quindi anche di cambiare, modificarsi. Quando io dico a pelle, mi riferisco a situazioni che sai già che sono particolarmente difficili. Poi può succedere di

tutto. Un collega mi ha mandato una persona con delle problematiche che io in quel momento non avevo voglia di affrontare. Mi sono messo a pensare qual era il modo più elegante per passarlo a un altro collega valido. Poi questa persona mi ha chiesto: "ma mi seguirà lei?". E me l'ha chiesto con una tale sofferenza, un particolare tono della voce, che mi ha fatto scattare qualcosa. Alla fine l'ho accettato. Siamo umani, dipendiamo dagli stati d'animo»

E il paziente, che esperienza ha avuto con il transfert?

Paziente A: «Io nell'esperienza cognitivista dovrei cercarlo, il transfert. Non è nemmeno mai uscita come parola...»

Rezzonico: «Noi cognitivisti non usiamo quel termine, perché non vogliamo creare confusioni con la psicoanalisi. Ma il sentimento comunque c'è, e viene dovutamente canalizzato. Alcuni di noi giocano molto sull'aspetto emozionale, cercando di capire che cosa sta succedendo nella relazione, che cosa si prova come terapeuta. Io devo dire, però, che non lo faccio, tendo a essere meno invadente...»

Paziente B: «Io non la sentivo molto questa cosa del transfert. La mia analista sosteneva che verso di me sentiva una grande emotività. Io verso di lei sentivo una semplice simpatia. Potrei cambiare terapeuta tranquillamente, senza che questo mi crei traumi. I cambi di analista non sono mai stati un problema. Magari cambiando, sì, è noioso raccontare tutto da principio, ma dal punto di vista emotivo non è un problema...»

Anche voi preti sarete sottoposti inevitabilmente al transfert...

Don Guido: «Sì, scattano cose diverse con persone diverse. Nelle situazioni difficili, cerco un confronto per vedere un po' più chiaro che tipo di mondo si muove dentro di me. Solo quando ho capito questo, posso muovermi meglio di conseguenza».

IL SETTING Non va confuso il trattamento terapeutico con il mondo della vita. Per poter dire al terapeuta ciò che non si è mai detto a nessuno, occorre

un luogo protetto, direi recintato, come i primitivi recintavano lo spazio del sacro (fanum) distinguendolo dallo spazio che, fuori da quel recinto, era detto "pro-fano".

Paziente B: «Io e la mia analista ci guardavamo in faccia. Con la mia terapeuta adleriana tutto era molto interlocutorio. Con la freudiana era un disastro: io dicevo "ho sognato un gatto nero, che cosa vuol dire?" e lei: "ma chissà che cosa vuol dire il gatto nero, ci pensi su..."».

Anche i cognitivisti usano il vis-à-vis?

Rezzonico: «Alcuni usano il lettino: io non l'ho mai fatto se non quando faccio fare un rilassamento o cose del genere. Io uso, come quasi tutti, il vis-à-vis. Ho in studio due poltrone e in situazioni di forte emotività, puoi evitare di guardarti in faccia. Oppure in alcuni casi, come per l'analisi dei sogni, cerco un aspetto un po' più evocativo e lascio decidere al paziente dove vuole stare.»

Paziente A: «In relazione al setting, dovrei fare qualche critica al cognitivism, almeno stando alla mia esperienza. Io venivo dalla psicoanalisi, dove il setting era molto rigido, mentre nella terapia cognitivista il dottore muoveva troppe carte sulla scrivania. Mi dava fastidio e lo dicevo, così come non ho mai tollerato le interruzioni esterne durante la seduta.»

Paziente B: «La mia terapeuta rispondeva addirittura al telefono...».

Rezzonico: «Dipende dalla situazione e dipende dal paziente. Ci possono essere interruzioni, e poi magari uno si scusa: un po' come nella vita di tutti i giorni.»

SALUTE E SALVEZZA
Le religioni con i loro simboli e i loro riti hanno svolto nel corso del tempo una terapia di massa, portando l'umanità da una condizione animale a una condizione quasi-umana. Rispetto alla simbolica religiosa, quella psicoanalitica impallidisce. Ma più pallido è anche l'orizzonte in cui si muove la psicoanalisi che ha in vista

la "salute", mentre la religione pretende di indicare la "salvezza".

Arriviamo a quelli che hanno anticipato la pratica terapeutica. A me pare che gli operatori religiosi abbiano una certa pratica come capacità di ascolto e di ricezione nel momento confessionale. Lo sfogo è già una terapia. Chiunque di noi abbia un dolore, cerca un amico e gli racconta tutto. C'è una fase in terapia che è anche sfogo, catarsi.

Paziente B: «Io sono atea e, nella scuola cattolica che ho frequentato, ho avuto pressoché solo esperienze negative. Di certo, non andrei mai a sfogarmi da un sacerdote. Mai.»

Non dico che lo scopo di un sacerdote sia quello di guarire la nevrosi...

Paziente A: «E poi comunque non credo proprio che si possa dire che lo sfogo sia terapeutico...»

Jung lo dice: un primo grado di guarigione è costituito dallo sfogo. Lo sfogo è già un sollievo. Comunicare il proprio stato d'animo è già una terapia

Paziente B: «Dipende da chi si ha davanti. Io sono andata in analisi pensando che se fossi riuscita a raccontare a un altro essere umano le cose più tremende che avevo dentro di me, un po' mi sarebbe passato il mio malessere. E invece non è stato affatto così.»

Ribadisco: se un dolore resta chiuso dentro è molto più pericoloso di un dolore diluito nella parola.

Don Guido: «Nella relazione terapeutica, ciò che accade di importante non è il racconto in sé, ma è piuttosto la relazione che si instaura tra le due persone che si parlano. È all'interno di questo rapporto, di questo setting, che avviene una ricostruzione, che si fa un cammino. Il contesto è necessario: le persone non sono interscambiabili e un racconto non potrebbe avere la stessa valenza fatto con chiunque. La Chiesa rimane ancora un porto di mare dove la marea porta tutto: arrivano persone che hanno un abisso tale di solitudine...».

La mia affermazione non era categorica, ma io ritengo che un dolore comunicato è meglio che un dolore non comunicato. È meno devastante...

Paziente B: «A me è capitato di parlare con uno specialista americano che si occupa di stress post-traumatico. Lui era

molto critico su questo punto: sosteneva che quando il paziente rivive verbalmente il trauma, si attiva la parte del cervello che presiede alle emozioni e non quella che presiede alla razionalità. Il paziente si ritroverebbe così immerso in queste emozioni senza riuscire più a gestirle ed è lì che lo specialista dovrebbe intervenire sul feed-back. Altrimenti la persona che si è raccontata si ritroverebbe in uno stato di panico e di dolore.»

Ma anche il prete fa appunto feed-back. Se io ho una visione religiosa del mondo, la mia visione del mondo interagirà anche nelle mie procedure di salute e di malattia, o meglio, di interpretazione della salute e della malattia. Prendiamo la morte. La morte è uguale per tutti: ma in un contesto greco dove si sa che quando si muore è finita, morire è altra cosa rispetto a un contesto cristiano dove si ha la speranza della resurrezione. La morte allora diventa diversa. La stessa cosa non è mai la stessa cosa, se il contesto culturale cambia. Torno all'inizio: se ho una visione religiosa del mondo, perché il prete non potrebbe essere il mio terapeuta?

Paziente B: «Assolutamente no. Il paziente va in terapia per curarsi, per stare bene e la religione non sempre è funzionale al tuo star bene. Se io vado da un terapeuta è perché proprio non ce la faccio più.»

Ma lo penso che anche chi va da Padre Pio abbia le stesse motivazioni, nel profondo

Paziente B: «Ma Padre Pio funziona?»

Se io ci credo, sì. Non dimentichiamo che nel mondo primitivo i primi medici erano sacerdoti: salvezza e salute sono vicine.

Paziente A: «Accostare queste tematiche è pericoloso. Attenzione ai messaggi che diamo...»

Don Guido: «Sicuramente è interessante valutare se l'incontro con un prete possa aiutare una persona che sta male. Mi sembra però che l'esempio di Padre Pio possa essere fuorviante: Padre Pio evoca immediatamente una guarigione di tipo miracolistico. Io i miracoli non li posso fare, né la persona che

viene da me si deve aspettare che io li faccia. Io posso soltanto aiutare a rileggere un'espe-

rienza, posso aiutare queste persone a creare nuove relazioni. Però non sono come Padre Pio».

Paziente B: «Mi sembra che Padre Pio sia legato più alla magia che non alla religione».

Sa quanta gente ha salvato la magia? Chi ha pochi strumenti culturali spesso si trova in una visione magica del mondo.

Paziente A: «Chi ha poche risorse è inutile che vada a fare psicoterapia...».

Ma avrà pure diritto di star bene anche lui...

Paziente B: «Nel romanzo *Manola* di Margaret Mazzantini avevo letto una bella frase: dove fallisce la religione arriva la psicoanalisi, dove finisce la psicoanalisi inizia la magia».

IL PAZIENTE HA UN CORPO. Nei trattamenti psicoterapici, il corpo è ancora un tabù. Forse perché la nostra cultura lo identifica immediatamente con il sesso. E finché non ci libereremo di questa cultura, il corpo entrerà in analisi solo come portavoce delle parole dell'anima. Troppo poco se è vero che il corpo è la sede del disordine dell'anima, e per giunta il primo a registrare i sintomi del suo disagio

il corpo, nelle terapie, è il grande assente. Perché non entra in azione?

Paziente A: «In effetti la mia analista poi mi ha suggerito di fare meditazione dinamica, che

mette in gioco il corpo: quindi voleva dire che qualcosa nella sua terapia mancava».

Io penso che chiunque sappia distinguere una carezza paterna da una carezza erotica. Del resto gli psicoterapisti sono più sensibili al linguaggio corporeo che al linguaggio verbale. Mi ricordo una psicoanalista brasiliana che era venuta qui in Italia: è andata da un'analista e dopo tre sedute ha detto: «Ma lei non tocca?». Nella cultura brasiliana è impensabile non avere un contatto corporeo. Perché il corpo è così tabù, quando il corpo è il primo linguaggio?

Rezzonico: «Il non contatto fisico contribuisce a mantenere una distanza. Io do la mano all'

entrata e all'uscita. E se lo ravviso faccio alcune cose: tipo, metto una mano sulla spalla o, se una persona piange, magari le prendo la mano. Sono manifestazioni di accudimento dove si passano molte più cose che non con la parola. Poi, in terapia, puoi sicuramente analizzare quello che succede nel corpo. Puoi chiedere di andare a fare ginnastica, di autosservarsi e di raccontare poi le percezioni in terapia. Oppure chiedi di camminare lentamente e sentire il proprio corpo. A volte consiglio di fare una scuola di mimo, che è anche divertente. Sono aspetti collaterali, da ricondurre all'interno della terapia».

Paziente B: «Non si usa, ma se ne parla molto di corpo in terapia. Alla mia analista sembrava strano che quando arrivavo non le dessi la mano, ma io lavoro in un posto dove darsi la mano è considerato molto formale: il non darle la mano era anzi un gesto di confidenza. Comunque se non ci si vedeva per un po' ci si baciava sulla guancia. Ci deve essere un contatto, in qualche

modo. L'analisi classica, quella sul lettino, mi bloccherebbe: se fossi sdraiata a parlare con un tizio che non vedo, mi sentirei in ostaggio. Mi viene in mente *Tutti pazzi per Mary*, in cui l'analista sbadigliava e andava a farsi un panino mentre il paziente si confidava».

Una volta il mio analista si era addormentato. E alla mia domanda: «Ma scusi lei dorme?», la risposta fu: «E lei ha così bisogno di essere ascoltato?»

Paziente A: «Lei diceva che, con la sua terapeuta, se non vi vedevate dopo tanto tempo vi baciavate sulla guancia. Io sono lontano da questi atteggiamenti: per me la distanza ottimale è importante...».

Paziente B: «Io ho apprezzato che la mia analista mi abbia consigliato di fare meditazione dinamica altrove. Per me è importante avere diversi punti di riferimento. Riversare troppo su un'unica persona credo che non sia salutare. È meglio concentrarsi sul corpo con uno, sulla verbalizzazione con un altro: tanti punti di vista, tanti oggetti di emozione».

I CONFINI DELLA PSICOTERAPIA E LE ALTRE DISCIPLINE

Il confine tra psicoterapie propriamente dette e altre pratiche a sfondo terapeutico è che nelle prime il terapeuta è l'interprete di un presunto sapere (dico "presunto" perché la psicologia non è una scienza esatta), che si accompagna a un metodo di

trattamento, mentre nelle altre pratiche in primo piano non c'è il presunto sapere e il metodo, ma la personalità più o meno magica o carismatica dell'operatore. È un confine che esiste anche se è molto labile, se è vero che, nelle psicoterapie propriamente dette, decisiva finisce con l'essere non la dottrina, ma la personalità del terapeuta.

Quale criterio adottate per la scelta dell'analista?

Paziente B: «Io avevo un'amica che andava da una freudiana. E, sapendo che ne era soddisfatta, mi sono rivolta a lei. Però non mi ha accettato proprio perché ero amica della sua paziente. Allora mi sono rivolta a un'altra freudiana, che ho trovato a un consultorio, scelto unicamente per ragioni economiche. Comunque non credo che la scuola sia importante: penso che lo stesso risultato si possa raggiungere attraverso molte strade. Può essere l'analisi, può essere la meditazione, il buddhismo: ognuno arriva per strade sue».

Paziente A: «Mi sembra che stiamo confondendo tra teorie che sono scientifiche e teorie che con la scienza non hanno nulla a che fare. Non possiamo mettere la psicoterapia accanto al buddhismo...».

Qui abbiamo un prete gesuita che potrebbe dire "E perché no? La religione non è terapeutica?". Io penso che la grande terapia dell'umanità l'abbiano anzi fatta le religioni, prima che arrivassero gli psicanalisti.

Le metafore della psicoanalisi sono modeste rispetto a quelle religiose...

Paziente B: «La differenza però sta nella diversa finalità...».

Paziente A: «Può anche essere che l'obiettivo sia lo stesso, calmare il paziente e farlo rientrare. Ma sono strade molto diverse: non si può comunicare alla gente una cosa del genere...».

Paziente B: «Ma l'analisi è una scienza? Secondo me no. Io posso dire che sto meglio, ma che cosa vuol dire stare meglio? Come si misura il mio benessere?».

Io penso che la terapia sia un lavoro artigianale, vicino all'arte. La psicoanalisi soprattutto, mi pare più un'arte che una scienza...

Paziente A: «Qualsiasi teoria terapeutica lei la considera un'arte? Impegnati nella psicoterapia ci sono medici e ricercatori...».

Rezzonico: «Secondo me è bene distinguere i diversi livelli. Da una parte c'è quello che può far star meglio, e allora ci si può mettere dentro tutto, anche una bella mangiata. Se invece, con tutti i limiti del caso, si cerca di avere un approccio scientifico, sicuramente è vero che ci sono alcune pratiche più codificate e codificabili di altre. È sicuramente vero che i precursori della psicoterapia sono gli sciamani e i preti. Gli aspetti relazionali sono estremamente importanti e presumibilmente più importanti di quelli tecnici. È un rapporto individuale tra due esseri viventi che costruiscono la loro storia, che sarà sempre diversa da quella degli altri. Le teorie servono più al terapeuta per darsi una sicurezza, un certo grado di prevedibilità, poi nella realtà la terapia si gioca sul piano relazionale.»