

La rete delle finzioni nella relazione terapeutica attraverso il tempo passato-presente-futuro

GIUSEPPE FERRIGNO

Summary – FICTION IN THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP THROUGH PAST, PRESENT AND FUTURE. The therapist is, in particular, an expert novelist who writes with the patient a story which has been lost in the “dark forest”; they create a “new story”, the one of the couple patient and therapist. In the analytic relationship patient’s story is told, deconstructed, revised, lived again and then placed in its dimension of personal myth to be compared with the analyst’s personal myth. All that takes place in the particular “relational fiction” of the setting: proxemic space, times, fares, rules etc. The therapist does not often reply what the patient insistently asks him about his own private life because the fictional relation of the setting could turn into a real relationship. Scheherazade, in *The Thousand and One Nights*, like in an analytic context, tells his thousand and one stories, and faces as a therapist the king’s suffering taking care of it and saving herself and the King himself. The real treatment and the true cure develop through the “real” emotional and sentimental story which silently interlaces between Scheherazade and the King. A “new story” begins when the patient enters the consulting room. The “story of a relationship”, based on the emotions of the therapist and the patient, creates a “new” emotional experience for them both which takes care of the original injury and of the inferiority. The clinical history with the transfer and countertransfer relationship becomes a “real emotional story”, the one of the couple patient and therapist.

Keywords: THERAPEUTIC RELATIONSHIP, FICTION, EMOTIONS

I. Finzione: etimologia

In riferimento esplicito al filosofo neokantiano Vaihinger, secondo il quale *la finzione è un semplice astuccio nel quale l'uomo racchiude la gemma della realtà allo scopo di poterla meglio possedere* [60], noi accettiamo la doppia accezione etimologica del termine “finzione” [40], dal latino *fictio*, da *figère*, *figurarsi*, *pensare*, *presumere*, *immaginare attraverso la mente*, che a sua volta deriva dalla radice indoeuropea **deigh*, che indica l’atto creativo del *plasmare*, *del dare forma alla creta*, *del fare una copia e del far credere* che, quindi, implica il *costruire con la mente*, il *rappresentare e rappresentarsi interiormente*, *soggettivamente la realtà*, *anticipandola attraverso l’immaginazione*.

L'immaginazione [31, 42] vive nel regno del “possibile”, del “rimando”, dell’“assente”, di conseguenza del “non più” (*immagine rammemorante*) se si colloca nella dimensione del *ricordo*, del “non ancora” (*immagine anticipatrice*), se si proietta nella dimensione del *progetto*, del “rinvio simbolico a qualcos’altro”, se l’“elemento sensoriale percettivo” s’immerge nella dimensione del *presente*. In ogni caso, nel mondo dell’immaginario è sempre vivo il richiamo, il rinvio a qualcos’altro che risulta *assente* rispetto a quanto sia stato rappresentato soggettivamente dalla mente le cui creazioni, i cui simboli si pongono costantemente a una certa “distanza” dal reale: *l’immagine interiore* abita senza alcuna eccezione *a un passo dalla realtà* [40].

È *finzionale* [14] qualsiasi *creazione* della mente che si porga intrinsecamente come immaginativa, simbolica, previsionale: il *finzionale* [31], sottoposto a convenienti operazioni di regolari aggiustamenti e adattamenti assimilativi, è, per questo motivo, *soggettivo, di parte, in una certa qual misura erroneo, naturalmente compensatorio* e, pertanto, *inconscio, pragmaticamente utile* in quanto tende a ingabbiare la realtà mettendo, così, ordine nel caos, il tutto inserito in una dimensione crono-finalistica, essendo *l’individuo indivisibile*, come evidenzia Adler ne “Il temperamento nervoso”, *un fenomeno intrinsecamente temporale sempre in bilico fra passato/presente/futuro* [2].

II. Premesse e quesiti

Chi sono i terapeuti e quali dinamiche si sviluppano all’interno del *setting* durante la gestione della relazione terapeutica? Il rapporto terapeutico è *finzionale, artificiale* al punto tale da funzionare soltanto a certe condizioni? La persona-terapeuta non s’incontra mai con la persona-paziente? Il soggettivismo fenomenologico adleriano, nucleo centrale della dottrina individualpsicologica i cui principi epistemologici hanno, come vedremo, profonde basi relazionali, rischia paradossalmente di generare all’interno del sistema adleriano una profonda incoerenza? La soggettività della mente finzionale, infatti, finisce per traghettarci verso le leibniziane monadi mentali chiuse, senza finestre, per cui il *terapeuta*, in contraddizione con quanto la metodologia adleriana asserisce a proposito della strategia del processo d’incoraggiamento, finisce per risultare, dal punto di vista empatico, sempre a “un passo dal paziente” come la *finzione* si pone sempre a “un passo dalla realtà” [40].

Arrivati a questo punto, dopo aver enunciato i quesiti, i nodi teorici da sciogliere e il filo conduttore epistemologico che il presente articolo intende perseguire, è necessario esaminare la multiforme rete di finzioni che si produce nel corso della maturazione della relazione terapeutica.

III. *Il setting come co-costruzione finzionale*

La stessa costruzione del *setting* è una “finzione”, una *costruzione a due* [28, 29, 30, 31, 32], regolata da norme e da regole che, concordate, accettate, condivise e partecipate dalla *coppia terapeutica*, rispecchiano il modello teorico adleriano, che è relazionale: la stanza, la posizione prossemica *vis à vis*, l'accordo pattuito fra i due attori in scena, l'articolazione delle telefonate, le modalità di pagamento come risarcimento dell'incontro e del tempo erogato, l'orario stabilito, la programmazione delle ferie, il recupero delle sedute saltate o cancellate o rimandate etc. Le regole tutte concernenti l'alleanza terapeutica depongono a favore di un *setting* adleriano inteso come *co-costruzione finzionale*.

Lo sviluppo della terapia implica, in ogni caso, il pagamento di una somma in denaro, il che contrasta con la spontanea e disinteressata reciprocità di sentimenti e d'emozioni che di solito insorge nella quotidianità dei rapporti empatici amicali. I pazienti, nel corso della terapia, sono soliti fare codeste osservazioni: «*Sì, ma qui è tutto finto e artificiale, lei mi ascolta solo perché la pago. Io sono un paziente come un altro. Qui non c'è niente di reale, sembra tutto facile e bello, perché lei sa ascoltare, ma io la pago per essere ascoltato. Io sto bene soltanto qui dentro, ma lì, fuori, ogni cosa è complicata: nessuno ti ascolta. Qui lo spazio e il tempo sembrano fermarsi, ogni cosa diventa magica e confortevole. Io non so niente di lei, lei sa tutto di me: il rapporto è impari, non è un vero rapporto.*».

Per un paziente, che solitamente è una persona da sempre affamata d'attenzione e di stima, di comprensione e d'affetto, accontentarsi di una o di due ore settimanali da consumarsi in una stanza e solo lì, *quando e se capita* che nasca una relazione empatica biunivoca, risulta a volte una tortura intollerabile [20].

Da un lato, la relazione terapeutica va accettata per quello che è e che può dare: un'“occasione” intensa, ma limitata sia nel tempo (è previsto un inizio e una fine dell'analisi e, quindi, del rapporto, così come l'articolazione degli incontri prevede una, due, al massimo tre ore settimanali) sia nello spazio (lo spazio per il colloquio è circoscritto alla stanza d'analisi e non sono contemplati incontri fuori dal *setting*).

Dall'altro lato, la relazione terapeutica rappresenta un'occasione che consente al paziente di sentirsi profondamente compreso e rispettato, nell'*hic et nunc* del *presente* agostiniano [13, 17, 18, 29, 30, 32], per il calore emozionale che l'esperienza intensa del rapporto duale riesce a fornire e il cui nutrimento emotivo va conservato come ricordo vitalizzante, per sempre, nel futuro.

Accontentarsi di vivere una relazione asimmetrica che non permette il controllo sul terapeuta attraverso la conoscenza della sua vita privata è molte volte una pro-

posta inaccettabile soprattutto se il soggetto in cura ha bisogno di conferme e di garanzie: la relazione terapeutica del *pensare per* e del *pensare con* non è sopportabile da alcuni pazienti che sono spinti a scavalcare il limite del ruolo e a chiedere molto di più alla relazione stessa [20].

IV. Il romanzo terapeutico e la deletteralizzazione

Il processo di guarigione si snoda all'interno di una dimensione *finzionale nar-ratologica*. Di solito la terapia è il tema che fa da supporto agli episodi narrati e che fornisce i mezzi per mettere a fuoco e per selezionare gli episodi [38]. Generalmente, poi, la storia porta fuori dalla terapia, alla guarigione e al mondo.

La storia di cui il paziente è portatore viene rievocata, verbalizzata, descritta, presentata, riportata, illustrata, esposta, decostruita, scomposta, re-visionata, ri-vis-suta, esaminata, studiata, approfondita nella sua dimensione di *mito* personale, di *favola* privata, di *romanzo* intimo (nel contesto di un'altra storia che si sviluppa, la storia analitica della *coppia terapeutica*) per essere con-frontata con il *mito* personale, la *favola* privata, la *storia* segreta e inconfessata, il *romanzo* intimo dell'analista, il tutto nei limiti sottesi alla singolare "finzione relazionale" deri-vante dalla *costruzione* del *setting*. «Portiamo la nostra storia agli altri non solo e non tanto per imparare a leggerla, ma per soddisfare, attraverso il bisogno di rac-contarci, il desiderio di abbracciare e di essere abbracciati, di allacciarci e di scio-glierci, di unire e di separare all'infinito le due metà della tessera simbolica, il paterno e il materno, il maschile e il femminile» (40, scheda 12).

Ne "Le mille e una notte" «Il raccontare configura una situazione analitica, per-ché narrando le sue mille e una storia Shahrazàd si pone come terapeuta nei con-fronti della sofferenza del re, la cui malattia ella cerca, prima che di guarire, di curare. Ma la vera cura e la vera guarigione avvengono attraverso la storia che, nascosta dalle mille altre narrate, si tesse sommersa fra Shahrazàd e il re» (*Ibid.*, scheda 13).

La storia clinica è *narrativa*: è un resoconto finzionale sotto forma di descrizio-ne-esposizione-racconto presentato nell'*hic et nunc* del *setting* a un osservatore "interprete", co-attore (il terapeuta) dei processi interiori di un personaggio cen-trale, il paziente.

Gli eventi della narrazione [38] sono accuratamente scelti in funzione della trama e s'intrecciano in una forma narrativamente coerente e strutturata che presenta un inizio e una conclusione, a ogni seduta. Si tratta di un *racconto (fiction) in senso filosofico, che deve, perciò, porsi al di là dei criteri verofalso*, in quanto prodot-to da un punto di vista soggettivo, fenomenologico: il punto di vista del narrato-

re/paziente che racconta. Tutte queste storie, dovunque e da chiunque siano raccontate, hanno un unico ed identico motivo conduttore: il personaggio principale inizia la terapia ed è per questa ragione che tale genere è definito “romanzo terapeutico”. Il “genere terapeutico” [38] è rappresentato da una storia completamente nuova che comincia nel momento stesso in cui il protagonista varca la soglia della stanza d’analisi; o meglio, è la vecchia storia che assume una fisionomia totalmente diversa, quando il resoconto originale viene re-visionato e trasposto in tale genere.

La terapia adleriana è una costante *deletteralizzazione* [38], un passaggio dalla *pioggia delle parole* alla *nuvola* [60] delle emozioni che hanno generato le parole medesime. Si passa dalla *finzionalità* delle parole al *profondo e reale vissuto emozionale* della sfera affettiva a cui esse si legano: la *costellazione familiare*, i *primi ricordi*, i *sogni raccontati*, la *favola della vita* del paziente rimandano sempre a un vissuto emozionale. Le reminescenze, i ricordi, i proponimenti, gli obiettivi, i pensieri, le emozioni, i sentimenti possono essere trattati con minor sofferenza se raccontati, descritti e favoleggiati, il che guarisce la *memoria e la progettualità malate* in un’aura di attualità oggettiva distanziante, depurante *nel presente del presente agostiniano*, il tutto rivisitato di fronte a un terapeuta-testimone-coattore, a volte co-protagonista, che filtra, contiene, purifica e restituisce.

La psicologia del profondo ha dato vita, quindi, ad un nuovo genere di *racconto dell’operare interiore dell’anima* in cui la dimensione temporale è fondamentale: una storia di ricordi, di sogni, di riflessioni, talora anche mascherati, ma anche di progetti futuri distillati attraverso il presente incalzante della relazione terapeutica vissuta nell’*hic et nunc del setting*. La psicoterapia adleriana *deletteralizza* quelle finzioni il cui fine si è fissato, cristallizzato, reificato.

L’analisi adleriana *smantella le finzioni rafforzate* su cui il paziente ha costruito il personale piano di vita *fittizio*. La persona “sana”, dice Adler, prende principi guida e mète in modo metaforico con il senso del “come se”: per essa sono *figure retoriche, costrutti euristici, espedienti teleologici pratici dell’anima alla ricerca di un orientamento*. Il nevrotico, invece, si aggrappa al filo di paglia della finzione, la *ipostatizza*, attribuendole un *valore reale* mentre, nelle psicosi, il tutto è elevato a *dogma*. È il *letteralismo* che fa la pazzia [38]. Se il passaggio dalla *salute alla malattia mentale* si distingue per i gradi di *letteralismo*, ciò significa che la strada terapeutica, per tornare dalla psicosi alla salute mentale, consiste nel percorrere all’indietro lo stesso tragitto ermeneutico: la *deletteralizzazione*. Per essere sani mentalmente, dobbiamo riconoscere come *finzioni* le nostre convinzioni e guardare in trasparenza come *fantasie* le nostre *ipotesi*.

La *narrazione terapeutica* si svela come laboratorio artistico in cui mettiamo in scena noi stessi, i nostri sogni, le nostre fantasie, i nostri perché: diventiamo regi-

sti e in tal modo riscopriamo la nostra capacità finzionale di narrare, di raccontare, di raccontarci, di *creare* nuove possibilità, quindi nuovi orizzonti *finzionali* di speranza [16, 17, 18].

V. *Il setting adleriano come psicologia di due persone: transfert e controtransfert*

Il *setting* comprende una stanza, non vuota, che contiene due esseri viventi totali, sintesi di mente e di corpo, di finzioni e di emozioni, uno di fronte all'altro, come diceva Wilhelm Reich: *due animali in una stanza* [37]. Nel *qui e ora* si sviluppa un *accadimento tra i due*, si crea una *reciprocità* inscindibile che si ipostatizza nell'esser uno di fronte all'altro, una *mente* di fronte a un'altra *mente*, un *corpo* di fronte a un altro *corpo*, uno *sguardo* di fronte a un altro sguardo, un *cuore* di fronte a un altro *cuore*. Non è possibile che il terapeuta investa nella relazione terapeutica solo sul piano finzionale, interpretativo, razionale: con la *mente*, mai col *cuore* [28, 29, 30, 32].

L'apparato psichico, concepito dal modello classico pulsionale [28] come un campo magnetico che irradia energia, costringe l'analista a spostarsi il più possibile all'estrema periferia dell'area, proprio per non esporsi al gioco interattivo con il paziente e per limitare la propria partecipazione a concisi e spogli commenti solo di tipo *interpretativo* che, nel promuovere processi di comprensione, non si inseriscono *mai in una sfera empatica*. Si può parlare, conseguentemente, di "psicologia della singola persona" [55] e il *transfert* raffigura un evento di natura solipsistica, impossibilitato a progredire per gradi verso forme interattive, dal momento che a ogni passo d'avvicinamento del paziente, l'analista replica con regolari movimenti all'indietro per salvaguardare una "distanza ottimale" capace di frenare qualsiasi tipo di contagio e di contaminazione emozionale.

Il *setting analitico* [31], inteso come lo scenario, il luogo, il tempo e le condizioni "climatiche" che attivano il processo psicoterapeutico, è considerato dal modello teorico pulsionale come spazio protesico del paziente, adatto alla messa in scena dei suoi fantasmi interni, dei suoi sogni, della sua patologia, con la minimizzazione dell'inevitabile coinvolgimento affettivo dell'analista stesso, il cui eventuale *controtransfert* viene inteso, nell'ambito del paradigma pulsione-difesa, unicamente come risposta emotiva nevrotica a *posteriori*, sempre da scongiurare, al *transfert*.

Se i terapeuti di fronte al paziente si pongono con la totalità del loro essere, con la loro umanità, con la loro mente e col loro cuore, non possono impedirsi di essere "anche" persone reali, umane, portatori ed espressione della propria storia, dei propri valori, dei propri sentimenti, delle proprie emozioni, dei propri convincimenti teorici, metodologici, di analisi personale e didattica.

Si riapre, quindi, l'annoso problema della gestione del *controtransfert* [15, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37], il quesito sulla sua consistenza e sui vari pregiudizi che l'accompagnano non ultimo quello relativo alla sua dimensione temporale: il *controtransfert* può essere, in contrapposizione al modello classico pulsionale, un fenomeno primario, in quanto può precedere il *transfert*. Nonostante le reazioni controtransferali abbiano un carattere ubiquitario, tuttavia, la maggior parte delle relazioni presentate a Congressi e Convegni, degli articoli e delle descrizioni dei casi clinici contengono abbondante materiale relativo solo al *transfert*, senza che gli analisti abbiano l'audacia né di rivelare i propri sentimenti né di affrontare i temi del *controtransfert* né di svelare quanto, all'interno del *setting*, sia stato fatto o detto o interpretato e in che modo, per timore di essere giudicati, criticati o valutati incompetenti dagli altri colleghi, nel momento in cui si divulgano le emozioni private o si riferisca lo "stile" personale di approccio al paziente [49].

VI. *Cambio di paradigma: dal modello pulsionale al modello relazionale*

In primo luogo, un mito da sfatare, se si desidera imboccare in maniera coraggiosa il sentiero di un corretto approfondimento delle dinamiche transferali/controtransferali, è la convinzione onnipotente che il terapeuta sia l'elemento *sano* del rapporto, mentre il paziente sia il *malato*, le cui ferite richiedono attenzione, mentre quelle del terapeuta sono trascurabili e non necessitano di essere affrontate all'interno della relazione duale. In effetti, l'interesse specifico per l'umanità, per la vulnerabilità del terapeuta denota un cambio di paradigma: dal modello *pulsionale* freudiano si transita verso il modello *relazionale* adleriano.

Per Alfred Adler l'essere umano si forma *dalla e attraverso* la *relazione*, non come *individualità isolata* [15, 23, 29, 30, 31, 32]. Il soggetto, per sua essenza costitutiva, rappresenta una trama di rapporti, di dialoghi, di sottili e invisibili traffici e scambi emozionali intersoggettivi e interindividuali. Adler in persona scrive: «Non esiste un intelletto privato. Un intelletto dell'individuo. "L'intelletto ha un valore generale". Esso si è sviluppato comprendendo gli altri, avvicinandosi ai propri simili, identificandosi con loro, vedendo con i loro occhi, udendo con i loro orecchi, sentendo con i loro cuori» (4, p. 35). La mente adleriana, pertanto, non è una mente *isolata* in quanto racchiude in sé un'intrinseca disposizione *relazionale*. Adler già nel 1908 pubblicò il suo studio importantissimo sul concetto di pulsione aggressiva, proponendo parallelamente il precursore del concetto di sentimento sociale, cioè il *bisogno di tenerezza* (*Zärtlichkeitsbedürfnis*) [1], il che gli consente di abbandonare in modo definitivo l'assunto razionalistico cartesiano di un Sé che esiste solamente in virtù della sua capacità di *pensare il proprio pensiero* ("Cogito, ergo sum", "Penso, dunque sono"), edificato sul "mito di una mente isolata" e, quindi, sulla cosid-

detta “dottrina dell’immacolata percezione”. Egli, in questo modo, propone un modello innovativo di vita psichica *relazionale, ermeneutica, cognitiva*, ma allo stesso tempo *affettiva, basato non solo sull’intrapsichico, sulla capacità del soggetto di concepire e pensare i propri pensieri, ma anche sull’intersoggettivo*, cioè sull’attitudine, parallela e vitale, a osservare e a cogliere intuitivamente, “come se” fossero i propri, gli stati mentali degli altri [31] attraverso l’*immedesimazione cognitiva ed empatica*. Adler sostituisce, quindi, il “Cogito, ergo sum” con l’innovativo “Cogitor, ergo cogito” (“Sono pensato, quindi penso”), uscendo, così, dal rischio di un *idealismo* e di un *soggettivismo assoluto* e indirizzandosi verso un *idealismo positivista bipersonale*, verso un *pragmatismo* critico della quotidianità relazionale, verso una psicologia del “senso comune”. «La *comprensione* degli altri implica un processo [... d’immedesimazione] in cui gli aspetti di *comprensione cognitiva* coesistono e si annodano in modo sinergico con gli aspetti di *comprensione affettiva ed emotiva*: “comprendere” l’altro da Sé implica un *vedere/percepire* con gli occhi, un *udire/percepire* con gli orecchi, ma anche un *vibrare* emotivamente col *cuore* dell’altro: le ragioni della *mente, dell’intelletto e del pensiero*, quindi, sono strettamente allacciate alle *ragioni pascaliane del cuore*» (*Ibid.*, p. 84).

L’originale paradosso dialettico adleriano, a cui ho fatto cenno nel paragrafo II, trova finalmente una sua risoluzione per il semplice motivo che se il modello individualpsicologico concepisce la *vita mentale* come intimamente *relazionale*, in quanto costantemente tesa verso un continuo movimento volto ad agganciare l’altro da Sé attraverso ponti di collegamento mentale, allo stesso tempo sottolinea gli aspetti *soggettivi, finzionali, fenomenologici del mentale*.

“Omnia ex opinione suspensa sunt” [2]: tutto «dipende dall’opinione che noi ci formiamo delle cose. Non siamo macchine fotografiche, apparecchi per obiettivare e registrare. «Il mondo è filtrato attraverso la nostra *interiorità*, attraverso gli schemi stabilmente preformati e tendenziosi di *appercezione*, in quanto le esperienze prima di essere accettate sono processate ed interpretate in relazione col primitivo significato che noi diamo alla vita. Non esistono, quindi, fatti ma solo interpretazione dei fatti, in quanto viviamo nel regno dei significati.

Le *finzioni soggettive*, autocreate dalla mente rappresentazionale, delineano, inoltre, in maniera emblematica il bisogno di *sintesi* fra il *cognitivo e l’affettivo*, fra i dinamismi del pensiero razionale e il battito incessante del cuore, in quanto le *finzioni della vita mentale* hanno un valore euristico e predittivo, ma anche emotivo essendo alimentate compensatoriamente dal sentimento soggettivo d’inferiorità e, quindi, dall’infinito corteo di emozioni d’insicurezza, d’insoddisfazione, d’incertezza a esse collegate» (31, pp. 84-85). Adler scrive: «Comprendere significa formarsi di un uomo o di un avvenimento il concetto che prevediamo se ne formeranno gli altri» (7, p. 35).

Egli aggiunge, inoltre, in *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*: «La vita psichica di un uomo è la vita di un essere che si muove» (8, p. 39). Adler sottolinea, così, l'intimo rapporto «fra *movimento e vita psichica*: non a caso per il termine *psiche* egli usa la locuzione *vita psichica*, preferendo al sostantivo “psiche” l'aggettivo “psichica”. I *fenomeni psichici* sono considerati come *preparazione* a qualcosa che è in procinto di accadere nel futuro. E il dinamismo della vita psichica si concretizza attraverso la *funzione rappresentativa, immaginativa di uno scopo*.

L'entità uomo, ermeneuticamente equipaggiato, finito e limitato nello spazio e nel tempo, gettato heideggerianamente nel mondo provvisorio e precario, dunque inferiore, in quanto fenomeno essenzialmente temporale, è contraddistinto da un incessante intuire se stesso sommerso da un flusso spazio-temporale, “solidamente in bilico” fra il passato, il presente e il futuro. Il tempo adleriano non corrisponde al movimento oggettivamente geometrico delle lancette dell'orologio ma, nell'accezione agostiniana [13, 16, 17, 18, 31], si lega a un *tempo interiore*, soggettivo, fenomenologico: la vita psichica è *fermamente* sospesa in una sorta d'equilibrio instabile fra il *presente del passato nella dimensione del ricordo*, il *presente del futuro nella dimensione dell'attesa* e il *presente del presente nella dimensione dell'intuizione*.

VII. *La qualità della relazione terapeutica: una storia emozionale reale delimitata da norme e da regole*

Il processo di cambiamento e, conseguentemente, di guarigione in una psicoterapia adleriana, le cui dinamiche sono intimamente relazionali, si sviluppa sul piano cognitivo attraverso l'interpretazione e il successivo smantellamento delle *finzioni rafforzate*, mentre sul piano emozionale, e a livello inconscio, il percorso di cura della coppia terapeutica richiede necessariamente una “preziosa” qualità del *legame empatico*.

La “vera” cura e la “vera” guarigione si addentrano nei meandri della storia *finzionale* e al contempo *sentimentale-emozionale-affettiva* che fra le mille altre storie “narrate” si intreccia impercettibile, come un soffio, fra terapeuta e paziente, come fra Shahrazàd e il re ne “Le mille e una notte”: in realtà, una “storia interamente nuova” ha inizio nel momento stesso in cui il paziente varca la soglia della stanza d'analisi e si appresta a rivelare la propria fiaba dando vita, in questo modo, delicatamente, a un romanzo inedito, alla storia del rapporto emotivo-finzionale unico e irripetibile, costruito, passo dopo passo, seduta dopo seduta, fra terapeuta e paziente. Si tratta di un rapporto che è fatto accadere e da cui non si scappa più per tutta la vita, che prende nutrimento da un costante flusso biunivoco di risonanze cognitivo/emozionali, il cui *lessico*, che aderisce a un

codice comune condiviso dalla coppia terapeutica creativa, comprende parole, frasi, simboli, pause, toni vocali, silenzi, sguardi, sorrisi, micro segnali cinesici e prossemici che poggiano le basi primariamente sul versante dell'universo affettivo-emozionale.

Il termine *emozione*, che deriva dal latino *e-motus*, racchiude in sé l'accezione di un *quid* che esce fuori dai propri confini attraverso un movimento di avvicinamento verso gli altri. Il termine incorpora, inoltre, l'idea dello spostamento, del passaggio, del trasloco che spinge i soggetti a uscire dal proprio reticolato per ridurre la distanza o il divario relazionale con gli altri soggetti [16, 17]. La storia clinica relativa al rapporto transferale-controtransferale diventa, così, pur all'interno della *rete delle finzioni* generate dalle regole del *setting*, una "storia emozionale reale", quella della *coppia paziente-terapeuta*.

L'individuo indivisibile è frutto di una co-creazione, di un dialogo continuo con la mente e col cuore degli altri individui. I terapeuti non possono limitarsi, quindi, a essere un semplice schermo bianco o uno specchio riflettente su cui si depongono le *costruzioni finzionali* o le *proiezioni transferali* dei pazienti né il loro ruolo può ridursi esclusivamente a realizzare quel *guscio/contentitore fittizio* che definiamo *setting* o a *interpretare le finzioni rafforzate* del paziente attraverso altre *finzioni soggettive*, le proprie.

Seguendo il principio della medicina omeopatica secondo cui *simili similibus curantur* (*i simili curano i simili*), nella relazione analitica i terapeuti per curare i pazienti utilizzano la propria persona, se stessi, la propria umanità totale, la propria vulnerabilità, fatta di sentimenti, di emozioni, di debolezze, di fragilità, di sensibilità, di emotività, ma anche di private costruzioni finzionali, di intime vibrazioni del cuore, ma anche di soggettive costruzioni della mente: le *finzioni* appunto, cioè i pensieri, le opinioni, le interpretazioni, gli schemi di appercezione. In altre parole, il terapeuta si serve di se medesimo, del proprio *Sé-stile di vita*, fatto di *mente* e di *cuore*, di *razionale* e d'*emozionale*, della globalità olistica del proprio Sé, per prendersi cura del paziente, che a sua volta è portatore di *finzioni* e d'*emozioni*.

Secondo la Psicologia Individuale l'esperienza analitica è un *incontro-scontro*, incessante e sempre in via di sviluppo, fra due *stili di vita*, quello del paziente e quello del terapeuta, le cui dinamiche *cognitivo-affettivo-emotive* tessono e intrecciano una nuova e originale "storia finzionale a due" che segue un itinerario unico e irripetibile, finalisticamente orientato nel tempo, durante il quale la *coppia creativa*, in costante movimento, si evolve.

Una psicoterapia di linea adleriana, nel corso di un itinerario di viaggio, comune a entrambi i compagni di strada, implica nell'analista l'attitudine a un'infini-

to, polimorfo, flessibile e individualizzato gioco dialettico ricorsivo fra “offerta emotiva riparativa” e “sostegno interpretativo”.

Ogni terapeuta tende, generalmente, a occultare difensivamente le proprie lacerazioni di essere umano “inferiore”, proteggendosi dietro l’armatura dell’ortodossia dogmatica d’un modello teorico, che attribuendogli un “sapere assoluto” gli accorda la competenza di concedere onnipotenti “interpretazioni” dall’esterno; ma l’analista, ben allenato e audace, con tranquillità, può rinunciare alle proprie “finzioni rafforzate” legate al bisogno d’un “controllo onnipotente” all’interno del *setting* donandosi perfino l’avventura, spesso, “pericolosa” di tuffarsi in un rapporto duale “educativo”, finalizzato all’*indipendenza*, e “seduttivo” insieme, in quanto inizialmente richiede un’*alleanza*, un legame imprescindibile. Se il termine *e-ducĕre* raffigura il *condurre lontano da sé*, per cui l’“educare” denota l’atteggiamento dell’incoraggiare una persona all’autonomia, il termine *se-ducĕre*, al contrario, designa il movimento contrario finalizzato ad avvicinare, ammalciare, legare, condurre verso di sé.

La terapia è paragonabile, perciò, a un’*avventura, educativa e seduttiva* insieme, con connotazioni *esplorative, interpretative ed emotivamente* correttive: il terapeuta ha la *funzione maieutica* di assistere il paziente mentre partorisce finzioni, sentimenti ed emozioni, mai provati precedentemente, agevolando in questo modo la ricostruzione, sul versante utile, di un rinnovato piano di vita finzionale.

È necessario che il terapeuta, oltre a essere un bravo *ostetrico esperto nell’arte maieutica*, conosca a fondo il mestiere del *rabdomante* in quanto ha il compito inderogabile di rintracciare e recuperare abilità, attitudini, talenti, emozioni, sentimenti, tesori nascosti, dissimulati, celati da potenziare e da far zampillare dall’anima riattivando nel paziente *fiducia e speranza*: non c’è psicoterapia se non nel segno della speranza [16].

Egli, inoltre, deve essere un *valente guaritore*, che pur essendo ferito dalla vita, in quanto essere umano finito e mortale, cura attraverso la propria umanità: in fondo nel *setting* s’incontrano “due animali in una stanza” [37].

Un terapeuta, se ben preparato, deve possedere le qualità di un *romanziero* raffinato, perché ha il compito di dare una mano al paziente a riscrivere attraverso il genere narratologico la trama di una storia che si era smarrita nella selva oscura e, nel contempo, di un abile *astronomo*, perché deve riuscire a fargli intravedere stelle scintillanti nel cielo buio della sua disperazione.

Alla luce dei molteplici ruoli e funzioni del terapeuta, Fischer e Etchells [34] propongono un *controtrasfert totalistico*, inteso come *risposta globale del terapeuta che, valorizzato in tutta la sua sfera emotiva ed affettiva*, viene pensato

come un vero e proprio *contenitore* le cui caratteristiche sono il risultato della sua formazione individuale, dell'esperienza di analisi personale, didattica, di supervisione, degli specifici modelli teorici di riferimento, della privata soggettività, dell'esclusivo, unico e irripetibile suo stile di vita insomma: in questo senso il *controtransfert* del terapeuta può anche precedere il *transfert*.

Comprensibilmente è molto rischioso lasciare le sicurezze di una relazione stereotipata, rigida e circoscritta all'interno di regole finzionalmente costruite nel *setting* per addentrarsi nel mare aperto del *controtransfert* [32] inteso in senso adleriano. La relazione empatica adleriana implica un'interazione intersoggettiva, interindividuale, implicita, duale, alchemica, altamente contagiosa e, quindi, rischiosa, che comporta un *incontro fra menti, ma soprattutto fra cuori*.

La psicoterapia non è soltanto lo spazio-tempo, regno dell'*interpretazione delle finzioni*, in quanto rappresenta anche un'esperienza emotiva nuova, unica e irripetibile, correttiva del *deficit* primitivo, in cui pensieri e interpretazioni, *finzioni* appunto, s'intrecciano a *emozioni* e a *sentimenti* in un continuo flusso circolare biunivoco di risonanze. «Il paziente può ricominciare, o iniziare per la prima volta, ad assaporare la scoperta dell'esistenza dell'altro, della *simultaneità temporale condivisa*, dell'*empatia* intesa come capacità di *vedere con gli occhi, di udire con gli orecchi, di vibrare con il cuore dell'altro*. Nella *relazione empatica c'è sempre la compresenza di almeno due corpi*, "uno di fronte all'altro", e di *due menti intenzionali* che tentano di "intrecciarsi" in uno spazio noi-centrico interindividuale.

Il processo d'incoraggiamento empatico adleriano introduce il paziente nel sentiero in cui gli è "possibile" ricomporre, ricucire, ricostruire l'interindividualità strappata: gli è consentito "riparare" il proprio orologio interno, tarato su ritmi ormai "fuori fase" rispetto al "senso comune", al "sentimento sociale"» (32, pp. 10-11).

Il terapeuta adleriano, per questo motivo, in quanto soprattutto "riparatore di orologi sfasati" deve soprattutto porsi come abile *orologiaio*, la cui funzione peculiare consiste nell'aiutare il paziente a recuperare in senso prospettico e creativo il "ritmo" smarrito della vita.

«Per tutta la durata della terapia l'analista verrà investito di distinti e svariati ruoli, buoni, cattivi o indifferenti, non soltanto quello di padre o di madre. Il paziente può avvertire il bisogno di un terapeuta che ricopra il ruolo di *avvocato* che prenda le proprie parti aiutandolo a difendersi o di *testimone* che assista a quanto egli sta vivendo o di *pubblico ministero* che disconfermi il proprio punto di vista patogeno o di *spazio mentale* al cui interno egli possa esprimere liberamente il proprio dolore o di *mezzo/strumento*, del quale servirsi per appoggiarsi nel mentalizzare, nel pensare il proprio pensiero, nel parlare di sentimenti e di

emozioni, o di *antagonista* per sperimentare il punto di vista dell'altro o di *terapeuta-oggetto costante, continuo e coerente* di contenimento, di affidabilità, in quanto *sicura base di appoggio*» (*Ibid.*, p. 11)».

Tutti questi molteplici “compiti” possono essere svolti da noi terapeuti se soltanto impariamo a sperimentare l'audacia di concederci la libertà di essere l'intera gamma di noi stessi, senza vergogna. Se impariamo a prendere atto della nostra individualità, soprattutto attraverso un percorso, approfondito e accurato, di *analisi personale* e di *supervisione*, potremo diventare più autentici, più veri: saremo in grado di accettare la nostra sensibilità, le nostre ferite, dopo aver abbandonato ogni pretesa tecnicistica; disporremo, inoltre, della facoltà di beneficiare con orgoglio di queste conquiste e ciascuno di noi potrà, valorizzando finalmente il proprio *stile personale* di lavoro, “essere” terapeuta in modo diverso, al di là di ogni standardizzazione finzionale dei processi.

La psicoterapia rappresenta per il paziente il tentativo, forse l'ultima possibilità che egli si concede, di ricomposizione della base lacerata di *comunicazione interindividuale* attraverso un nuovo “legame d'attaccamento” sicuro col proprio analista.

Ritorna, ancora una volta, al centro della nostra discussione il dilemma relativo alla dialettica *finzione/realtà, mente/corpo*: se le *finzioni* sono costruzioni della mente, “come se”, sempre a un passo dalla realtà e se le *emozioni*, invece, sono vissuti, intermittenze/vibrazioni del cuore che ci prendono nella totalità dell'essere, ci chiediamo se sia possibile che un terapeuta possa intrecciare un rapporto col paziente solo su un piano finzionale: con la testa, mai col cuore.

Io sono fermamente convinto che, all'interno della *rete delle finzioni* create dalla stessa relazione terapeutica, si generi una “storia emozionale reale”, unica e irripetibile, pur *limitata nello spazio e nel tempo*, quella della coppia paziente-terapeuta, protetta e regolata dalle norme e dalle regole del *setting*.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1908), Das Zärtlichkeitsbedürfnis des Kindes, in ADLER, A., FURTMÜLLER, C. (a cura di, 1914), *Heilen und Bilden: Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie*, tr. it. Il bisogno di tenerezza, *Riv. Psicol. Indiv.*, 2006, 59: 7-15.
2. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
3. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
4. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
5. ADLER, A. (1929), *Neurosen*, tr. ingl. *Problems of Neurosis*, Kegan Paul, London.
6. ADLER, A. (1930), *Die Seele des schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.
7. ADLER, A. (1930), *The Education of Children*, tr. it. *Psicologia dell'educazione*, Newton Compton, Roma 1975.
8. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
9. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
10. ADLER, A. (1933), Fondamenti e progressi della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 37: 11-24.
11. ADLER, A. (1935), I concetti fondamentali della Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9. Harper & Row, New York 1964.
12. ADLER, K. A. (1967), La Psicologia Individuale di Adler, in WOLMAN, B. B. (a cura di), *Psychoanalytic Techniques*, tr. it. *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*, Astrolabio, Roma 1974: 319-360.
13. AGOSTINO (397), *Confessionum Libri XIII*, tr. it. *Le confessioni*, Einaudi, Torino 1966.
14. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956). *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
15. BOELLA, L. (2006), *Sentire l'altro*, Raffaello Cortina, Milano.
16. BORGNA, E. (2001), *L'arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli, Milano.
17. BORGNA, E. (2002), Editoriale, *L'arena - Il giornale di Verona*, 25 gennaio 2002.
18. BORGNA, E. (2007), *Come in uno specchio oscuramente*, Feltrinelli, Milano.
19. CANZANO, C. (2010), La psicoterapia: una cura delle finzioni e una finzione che cura, *Riv. Psicol. Indiv.*, 68: 39-52.
20. CATTICH, N. (2010), La relazione d'aiuto non terapeutica come incoraggiamento alla psicoterapia nel paziente borderline, *Riv. Psicol. Indiv.*, Supplemento al numero 67: 80-82.
21. DENNETT, D. (1987) *The Intentional Stance*, tr. it. *L'atteggiamento intenzionale*, Il Mulino, Bologna 1993.
22. FASSINO, S. (1993), Il sentimento di minaccia negli schizofrenici: implicanze per la strategia terapeutica, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 49-57.
23. FASSINO, S. ET ALII (2005), Psicoterapia e neuroscienze: crescenti evidenze etiche. Implicanze per la Psicoterapia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 57: 13-29.

24. FERRERO, A. (1995), *Insula Dulcamara*, CSE, Torino.
25. FERRERO, A. (2001), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.
26. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nei dipartimenti di salute mentale*, Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
27. FERRIGNO, G. (1996), Riflessioni interdisciplinari sul sogno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 39: 15-41.
28. FERRIGNO, G. (1998), Controtransfert fra impotenza e onnipotenza, *Atti «Il complesso d'inferiorità della psicoterapia»*, 7° Congr. Naz. SIPI, Torino 23-24 ottobre 1998.
29. FERRIGNO, G. (2004), L'intersoggettività fra "Adlerismo" e "Teoria della mente", Editoriale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 3-8.
30. FERRIGNO, G. (2004), Le emozioni come "luogo" d'incontro fra menti, Editoriale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 3-6.
31. FERRIGNO, G. (2005), Il "piano di vita", i processi selettivi dello "stile di vita" e la comunicazione intenzionale implicita della "coppia terapeutica creativa": dalla "teoria" alla "clinica", *Riv. Psicol. Indiv.*, 58: 59-97.
32. FERRIGNO, G. (2008), La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'intersoggettività, *Riv. Psicol. Indiv.*, 63: 3-13.
33. FERRIGNO, G., PAGANI, P. L. (2004), La Psicologia Individuale e le nuove psicologie alla luce delle nuove epistemologie, in ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (a cura di), *La ricerca in Psicologia Individuale*, CSE, Torino.
34. FISCHER, C. H., ETCHELLS, A. B. (2008), Prefazione alla prima edizione, in MOSELLI, P. (a cura di), *Il guaritore ferito. La vulnerabilità del terapeuta*, Franco Angeli, Milano.
35. GALLESE, V. (2005), Embodied Simulation: from Neurons to Phenomenal Experiences, *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4: 23-48.
36. GIOVACCHINI, P. L. (1989), *Countertransference. Triumphs and Catastrophes*, tr. it. *Trionfi e catastrofi del controtransfert*, Armando, Roma 1997.
37. HELFERICH, C. (1994), *Due animali in una stanza. Diario di un incontro*, Melusina, Roma.
38. HILLMAN, J. (1983), *Healing Fiction*, tr. it. *Le storie che curano*, Raffaello Cortina, Milano 1984.
39. LIVERTA SEMPIO, O., MARCHETTI, A. (a cura di, 2001), *Teoria della mente e relazioni affettive*, Utet, Torino.
40. MAIULLARI, F. & COLL. (1991), «A un passo dalla realtà», *riflessione teorica e clinica sulle finzioni*, Fascicolo per il 3° Conv. Naz. SIPI, Milano.
41. MASCETTI, A. (1992), "Intervento preordinato", *Riv. Psicol. Indiv.*, 32: 20-21.
42. MELCHIORRE, V. (1972), *L'immaginazione simbolica*, Il Mulino, Bologna.
43. MUNNO, D., SCARSO, G. (1994), La fine dell'analisi, *Riv. Psicol. Indiv.*, 36: 43- 52.
44. NIETZSCHE, F. (1855-1877), *Frammenti postumi, Vol. VIII, tomo II*, in *Opere complete*, Adelphi, Milano 1965.
45. NIETZSCHE, F. (1882), *Die fröhliche Wissenschaft*, tr. it. *La gaia scienza*, Adelphi, Milano 1965.
46. OGDEN, T. (1982), *Projective Identification: Psychotherapeutic Technique*, Jason Aronson, New York.
47. PAGANI, P. L. (1993), Subdole resistenze. Interpretazione esemplificativa d'un sogno, *Riv. Psicol. Indiv.*, 33: 5-9.

48. PAGANI, P. L. (2003), Dal bisogno primordiale alle istanze differenziate: dal “senso sociale” al “sentimento sociale”, *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 25-29.
49. PAGANI, P. L., FERRIGNO, G. (1999), “Il transfert e il controtransfert nella relazione analitica adleriana”, *XXI Congr. Internaz.*, «*The Science of Living: Tasks, Contributions and Solutions*», Chicago 1999.
50. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
51. PASCAL, B. (1670), *Pensées*, tr. it. *Pensieri*, Einaudi, Torino 2004.
52. RACKER, H. (1968), *Transference and Countertransference*, International Universities Press, New York.
53. ROVERA, G. G. (in press), *Volontà di comprensione. La Psicologia Individuale Comparata fra teorie della mente, Neuroscienze e Pluralità culturali*, CSE, Torino.
54. ROVERA, G. G., FASSINO, S., ANGELINI, G. (1977), Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia, *Min. Psichiatr.*, 18: 167-174.
55. RÜPING, M. K. (1990), Transfert, controtransfert e resistenza, *Indiv. Psychol. Dossier-II*, SAIGA.
56. SEARLES, H. F. (1979), *Countertransference and Related Subjects*, tr. it. *Il controtransfert*, Bollati Boringhieri, Torino 1994.
57. SEGANTI, A. (1995), *La memoria sensoriale delle relazioni*, Bollati Boringhieri, Torino.
58. STERN, D. (1985), *The Interpersonal World of Infant*, tr. it. *Il Mondo Interpersonale del Bambino*, Bollati Boringhieri, Torino 1987.
59. VAHINGER, R. (1911), *Die Philosophie des “Als Ob”*, tr. it. *La filosofia del “come se”*, Ubaldini, Roma 1967.
60. VIGOTSKY, L. S. (1934), *Thought and Speech*, tr. it. *Pensiero e linguaggio*, Giunti, Firenze 1966.
61. WINNICOTT, D. W. (1949), Hate in the Countertransference, *International Journal of Psychoanalysis*, 30: 61-74.

Giuseppe Ferrigno
Via Copernico, 39
I-20125 Milano
E-mail: ferrigno.giuseppe@fastwebnet.it