

La relazione paziente-terapeuta: l'incontro delle finzioni

DONATO MUNNO, GIUSEPPINA ZULLO, SILVANA LERDA

Summary – PATIENT-THERAPIST RELATION: THE MEETING OF FICTIONS. Comparative Individual Psychology on the one hand is proposed as a theory of the person and not as a theory of the mind, on the other hand it links to Psychiatric Clinic like a method to understand and like a therapeutic tool. In addition, it is important to remember that the theoretical assumption of the fiction, as well as others aspects of this theory, eludes the neuroscientific research. In particular, in this paper, the typology of fictions of therapist and patient is reported. Then the paper is focused on the typology of the meeting of fictions, regarding to clinical pictures of patients responsive or not to psychotherapy. In the conclusion the author describes the therapist as an “anthropological interviewer” and a “chameleon of the method” and describes the different, and sometimes transcultural, psychological-clinical interventions with a “modulated intensity”, that are sometimes focalized on relation, sometimes on the phases of the psychotherapeutic pathway, sometimes on analytic interventions. However, the main theme of each intervention seems to lean on three theoretical-clinical assumptions that are essential to respect for the psychological-clinical interventions timetable: “as when”, “as if”, “as you are”.

Keywords: FICTION, THERAPIST/PATIENT, RELATION

L'opportunità di approfondire l'argomento delle finzioni, da una parte, consente di valorizzare e di aggiornare una “vecchia” teoria psicologica come quella adleriana soprattutto attraverso la possibilità di svincolarsi, almeno in parte, da un taglio di ricerche neuroscientifiche prevalenti (*neuromania*) conservando una dimensione teorica della soggettività non correlata a fattori biologici.

La Psicologia Individuale valorizza la concezione della persona sia nella dimensione individuale di sviluppo che in quella temporale. Infatti, la “finzione” viene teorizzata come modulatore delle fasi di sviluppo in un progressivo *continuum*, verso una dimensione sociale ed una norma ideale individuale, costituito da una tendenza uniformante e progressiva di “come se”: devianti e/o di avvicinamento alle mete ideali o reali.

L'individuo tende, con le proprie fantasie, a costruirsi un modello *fittizio* di esistenza verso cui si uniforma e crede [1, 6]. Lo sviluppo si articola in fasi con alternarsi di finzione, sostanziazione e confronto critico con la realtà e il processo psichico ha in sé un'intenzionalità, una "tendenza verso una meta". A questo riguardo emergono non poche coincidenze con le teorie esistenzialiste. Lo sviluppo emotivo procederebbe nelle diverse fasi evolutive attraverso una sovrapposizione tra finzione e realtà.

La Psicologia Individuale si configura come un approccio neuroscientifico-naturalistico il cui oggetto è il malato, di cui comprendere la realtà patologica e non, anche attraverso l'intuizione fenomenologica e l'incontro delle soggettività. Il terapeuta deve quindi effettuare un'analisi delle diverse modalità del paziente di progettarsi nel mondo, tenendo conto che la formazione dello stile di vita è determinata a livelli consci e inconsci con mascheramenti fittizi.

La costruzione di un modello fittizio di esistenza, inteso in un'accezione positiva, verso cui uniformarsi e credere, consentirebbe il superamento delle fasi di sviluppo. Il rapporto del soggetto con il mondo si esprime nell'"esser con", considerando che la presenza è co-presenza e, nella psicoterapia, il *transfert* è sempre *co-transfert*.

Il percorso delle ricerche, ma anche delle terapie, dovrebbe quindi dirigersi non solo verso le cause della patologia (biologiche, psicologiche, sociali) ma anche verso il senso della patologia e l'opportunità di spiegare-comprendere-interpretare i sintomi nell'arco esistenziale della vita.

Adler, il quale credo possa essere definito anche un fenomenologo, è convinto che *l'inconscio non si nasconde in qualche recesso inaccessibile della nostra mente, ma è una parte della nostra coscienza di cui non abbiamo compreso il significato*. Ciò che deve essere compreso è, quindi, la natura di finzione della soggettività. La *finzione* può essere considerata come:

- una metafora nell'individuo normale: dove gli aspetti narratologici e simbolici possono costituire un percorso di alleggerimento della vita;
- un'ipotesi esistenziale nel paziente nevrotico: in questo caso essa costituisce un'alternativa inautentica ma utile per evitare la sofferenza;
- un dogma nello psicotico: in quest'ultimo caso la finzione serve a fermare il tempo astraendo il paziente dalla realtà quotidiana inchiodandolo ad una realtà non modificabile.

Nel percorso psicoterapeutico sia il terapeuta che il paziente presentano delle finzioni [5, 7, 11]. Il terapeuta può mettere in atto finzioni quali:

- fuga dalla propria vita: sovente questa professione costituisce per il terapeuta una modalità di evitamento delle proprie problematiche;

- curatore sano: il terapeuta si propone quale modello di arrivo per la salute psichica;
- curatore ferito: il terapeuta condivide col paziente la sofferenza psichica raggiungendo livelli di immedesimazione e comprensione molto profondi;
- curatore ferito malato: alla condivisione della sofferenza psichica del paziente sovrappone le proprie "malattie" fisiche o psichiche (Dr. House);
- educatore: forse è la dimensione più tradizionale del medico, ma anche del terapeuta che consiglia il paziente non solo nella gestione del disagio, ma anche nello stile di vita;
- narciso: il terapeuta si muove nel rapporto profondamente convinto della perfezione e dell'efficacia della propria tecnica e del proprio valore personale;
- smascheratore di finzioni: il terapeuta che in modo iper-razionale procede adeguando la teoria alla clinica;
- induttore di finzioni: il terapeuta si propone come stimolatore, trasmettendo al paziente la capacità di creare "come se" di fantasia, proponendo così un metodo per superare le proprie difficoltà.

La tipologia delle finzioni del paziente può, invece, comprendere:

- la difesa dalla vita, e quindi dalla realtà, o dalla malattia: strategie di sopravvivenza;
- la tendenza verso una meta ideale;
- il sogno ad occhi aperti;
- il bisogno di spiritualità e religiosità: i "come se" di più alto respiro consentono il superamento di una tendenza iper-razionalizzante difensiva;
- appropriazione di una proiezione altrui (genitori);
- *imprinting* culturale-familiare: nei primi anni di vita si creano dei "come se" di base che possono condizionare il percorso esistenziale dell'individuo;
- il coincidere della finzione con la malattia psichica (vedi disturbi somatoformi, disturbi conversivi);
- un "come se" di fantasia: la letteratura, il cinema, la poesia forniscono materiale per la formazione di queste finzioni.

Anche gli incontri tra terapeuta e paziente possono assumere aspetti finzionali [8, 9]. L'incontro delle finzioni coincide con l'incontro delle due persone in una prospettiva intersoggettiva dove il *transfert* è sempre *co-transfert* all'interno del processo psicoterapico [3, 4]. Questa dimensione bi-personale, secondo anche studi recenti di Stern [10] sulla intersoggettività, porta a condividere gli stati affettivi per raggiungere una sintonizzazione affettiva che consente, così come accade nello sviluppo del bambino, anche uno sviluppo della psicologia del paziente.

Il processo di cambiamento indotto dall'intervento psicoterapico dipenderebbe da momenti particolari di coscienza intersoggettiva che generano momenti di cono-

scenza implicita e che sono la misura del conoscere implicito, e non richiederebbe che il materiale inconscio diventi cosciente. La ricerca della conoscenza esplicita, attraverso l'interpretazione e l'individuazione della "finzione terapeutica vitale", passa attraverso momenti strategici di "sintonizzazione affettiva". La "sintonizzazione delle finzioni" varia col *setting*, con la tipologia clinica e a seconda che la fase della relazione sia pre-psicoterapica, psicoterapica o post-psicoterapica; è necessario, quindi, imparare a lavorare in un "setting qualsiasi", adeguato al contesto.

Il coinvolgimento emotivo, la "volontà di comprensione esplicativa" e la tendenza all'empatizzazione della relazione si esplicano in una serie di combinazioni relazionali e finzionali le quali vengono sorrette anche dai vissuti del paziente all'interno di un evento interspichico che riguarda due menti che vogliono interagire [11]. La riuscita o meno della "sintonizzazione" può produrre stili di relazione differenti dovuti alle combinazioni e ricombinazioni co-transferali possibili di coinvolgimento in entrambe le direzioni (paziente ↔ terapeuta). La relazione può quindi essere:

- reale o magica
- seduttiva
- espulsiva
- idealizzata
- svalutante
- competitiva o autonomizzante
- persecutoria
- neutra
- ribelle
- fraintendente

Nei percorsi psicoterapeutici possiamo distinguere tra pazienti "psicoterapeutizzabili" dove la finzione può presentarsi come:

- progetto esistenziale autentico o inautentico;
- autocura;
- terapeutica;
- come interpretazione inducente e creativa.

Mentre, pazienti "non psicoterapeutizzabili", ovvero "pazienti difficili", acuti-chronici, che presentano problematiche trasversali, sono sostenuti da finzioni:

- maligne, come il sentimento dissociato;
- perverse;
- regressive.

Tali finzioni risultano difficilmente modificabili e necessitano, da parte del terapeuta, dell'utilizzazione di qualità elementari umane di base per intervenire su "stati elementari" di sfiducia, sentimento di inferiorità di base, diffidenza e di *deficit* che possono precedere quadri psicopatologici più espliciti (e condurre a nuove patologie quali le "nuove psicosi" e le "nuove dipendenze").

Il compito del terapeuta sarà, dunque, in primo luogo:

- intraprendere un'analisi personale e proseguire con un'autoanalisi continua e supervisioni periodiche;
- impostare una psicoterapia a intensità modulata che prenda in considerazione "foci" diversi sia lungo il versante supportivo che quello espressivo;
- ogni paziente ed ogni condizione clinica stimolano nel terapeuta la possibilità di utilizzare diverse metodiche a seconda della situazione clinico-esistenziale (camaleonte del metodo) e culturale (intervistatore antropologico);
- la consapevolezza critica del metodo consente di passare da "analisi sulla panca" a "psicoterapie sul divano" (parafrasando Racamier);
- è importante insegnare al paziente il superamento del disagio di realtà attraverso un "senso del possibile" e un "senso del relativo";
- mantenendo sempre un assetto bifocale del rapporto è opportuno individuare di volta in volta l'oggetto del cambiamento e la direzione della cura;
- da ultimo il terapeuta è il timoniere del "sentire comune" e delle "finzioni comuni" nella fase meta terapeutica della psicoterapia.

Ricordo a questo proposito il romanzo di Italo Calvino "La strada di San Giovanni" [2] in cui l'autore, da bambino, durante una camminata col padre sulle colline sanremesi riferisce che il percorso di andata era caratterizzato dal silenzio, mentre la strada del ritorno veniva scandita dall'incontro, dalle parole e dalla sintonia affettiva.

Bibliografia

1. ANGLÉSIO, A., FARINA, S. (1986), La finzione in Adler: una prospettiva verso il futuro per la Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 73-80.
2. CALVINO, I. (2000), *La strada di San Giovanni*, Mondadori, Milano.
3. COPPI, P. (1998), Finzioni e contro-finzioni della relazione analitica individualpsicologica: osservazioni su un caso clinico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 43: 31-40.
4. DE DIONIGI, S., GASPARINI, C. (2006), Il senso della vita: cercasi "finzione", *Riv. Psicol. Indiv.*, 59: 39-55.
5. MAIULLARI, F. (1992), L'analisi come finzione e l'analisi delle finzioni: mito, sogno, fiaba, *Riv. Psicol. Indiv.*, 32: 7-15.
6. MASCETTI, A. (1976), Psicologia Individuale e Antropoanalisi: analogie e corrispondenze, *Riv. Psicol. Indiv.*, 6-7: 9-22.
7. MEZZENA, G. (1981), Dalla finzione rafforzata alla finzione vitale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 15-16: 121-128.
8. MEZZENA, G. (1988), Le finzioni e la loro successione nella psicoterapia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 28: 16-24.
9. MEZZENA, G. (1994), La "finzione" nell'educazione e nel trattamento analitico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 35: 51-58.
10. STERN, D. N. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*, tr. it. *Il momento presente*, Raffaello Cortina, Milano 2005.
11. TUBERE, G., MACCHIARINI, S. (1996), "Verrà la morte e avrà i tuoi occhi": riflessioni sui vissuti di un terapeuta tra finzione, onnipotenza e realtà, *Riv. Psicol. Indiv.*, 39: 53-57.

Donato Munno
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino
Via Cherasco, 11
I-10126 Torino
E-mail: donato.munno@unito.it

Silvana Lerda
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino
Via Cherasco, 11
I-10126 Torino
E-mail: silpsich@virgilio.it

Giuseppina Zullo
Dipartimento di Neuroscienze, Università di Torino
Via Cherasco, 11
I-10126 Torino