

Editoriale

La relazione empatica adleriana e la ricomposizione dell'interindividualità

I. *Il terapeuta come accompagnatore rbdomantico e maieutico*

L'intelligenza e gli affetti coesistono in modo sinergico. Le ragioni della *mente*, dell'*intelletto* e del *pensiero* sono strettamente intrecciate alle ragioni pascaliane del *cuore*: una "relazione terapeutica" non può che dar forma a un "contesto situazionale unico e irripetibile" cognitivo-emozionale che coinvolge "due persone" in un percorso che influisce sul vissuto sia del terapeuta che del paziente all'interno di uno *spazio comune*, *intersoggettivo**, *interindividuale***, *noi-centrico* in cui si legano e si sovrappongono come in un crogiolo alchemico, nell'*hic et nunc* dell'incontro dialogico, lo stile di vita dell'analista e lo stile di vita dell'analizzando. Non è possibile imboccare alcuna strategia terapeutica senza un costante flusso biunivoco di risonanze cognitive ed emozionali fra chi cura e chi è curato, il *transfert* appunto e il *controtransfert*, che non possono, se non per motivi didattici o descrittivi, essere disgiunti.

Il nucleo centrale intorno al quale ruota una psicoterapia adleriana è la "coppia creativa" che presuppone che due persone attraverso il corpo e la mente cerchino di costruire un "nuovo" incontro dialogico, una reciprocità interumana, interindividuale, fondata sulla fiducia e sulla creatività. Il modello di campo adleriano si edifica sulla crisi dell'ipotesi secondo cui l'osservatore possa "distingersi" dal-

*FERRIGNO, G. (2005), L'intersoggettività fra "Adlerismo" e "Teoria della mente", *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 3-8.

** ROVERA, G. G. (in press), *Volontà di comprensione. La Psicologia Individuale Comparata fra teorie della mente, Neuroscienze e Pluralità culturali*, CSE, Torino.

L'osservato: il principio d'indeterminazione di Heisenberg, premio nobel 1933, sostiene che *quanto più un osservatore perfeziona i dispositivi per identificare la posizione di un elettrone, tanto più i dispositivi stessi alterano l'esattezza delle misure*. Di fatto, nella relazione terapeutica c'è un continuo *scambio* tra le menti e i cuori dei due soggetti e proprio da questo scambio reciproco e spiraliforme nasce il senso della cura. Il paziente non è solamente colui che “è osservato, indagato e interpretato”, ma è anche colui che “osserva, indaga e interpreta”: un “compagno di strada” con cui si costruiscono e s'intessono storie e percorsi imprevedibili, “comuni” alla coppia terapeutica creativa.

L'analista assume quasi il ruolo creativo d'“accompagnatore rabdomantico e maieutico” di *valori possibili** “fino ad allora silenti e celati”, di possibili “emozioni ancora vergini e inesplorate” che diventano operanti nel paziente se soltanto egli trova il coraggio di aprirsi ai *nuovi orizzonti di speranza che si dischiudono nel regno del “non ancora”, del progetto, del possibile: il paziente si rianima se “intravede” almeno una “possibilità”*.

L'analista, inoltre, indossa anche i panni di “romanziera” che tende una mano a chi soffre aiutandolo a ritrovare la trama di una storia ormai perduta e recuperata solo a condizione che il paziente impari a nutrire in un altro, nel terapeuta appunto, che è una persona che gli sta “di fianco” non “di fronte”, più *fiducia* di quanto ne abbia in se stesso. «L'incontro psicoterapeutico è, del resto e non di rado, il primo autentico incontro che sia dato al paziente di vivere nella storia della sua vita. [...] C'è, infatti, un'altra persona che prende su di sé il rischio e il peso della “mia vita” [...] e, così, rinasce una “nuova” forma di comunicazione, e di speranza. La psicoterapia comunicativa tende (dunque) a far sì che il malato, trascinato in una “ritrovata” intenzionalità, torni a dispiegarsi in una relazione comunitaria con un “tu”»** (pp. 350-351).

Nella prassi quotidiana, il terapeuta “neutralmente impassibile” è, quindi, un “mito”. La “neutralità analitica” è un principio teorico artificioso e fittizio. Se il trattamento “come se ne scrive”, appare tanto discorsivo, cerebrale, ordinato e freddo, forse il trattamento “come si svolge realmente” funziona sulla base di ciò che ciascun psicoterapeuta avverte quotidianamente: un alternarsi d'emozioni personali, uno sciame d'interazioni senza nome, senza teoria, senza forma***.

*BORGNA, E. (2008), *Nei luoghi perduti della follia*, Feltrinelli, Milano.

**BORGNA, E. (2008), *Nei luoghi perduti della follia*, op.cit.

***FRIEDMAN, L. (1988), *Anatomy of Psychotherapy*, tr. it. *Anatomia della psicoterapia*, Bollati Boringhieri, Torino 1993.

II. *Il mestiere di vivere: la "malattia" come umana possibilità*

Nei tormenti, nelle insicurezze esistenziali, nelle angosce dei pazienti, nevrotici e psicotici, che non sono da "esaminare" come una *categoria* a parte, ritroviamo sempre i grandi e inesauribili temi del pavesiano *mestiere di vivere*, «fenomeni che testimoniano della loro radice umana e del loro declinarsi come umane possibilità»* (p. 108).

Chiunque scorga, direbbe Alfred Adler, solo orizzonti senza speranza, chiunque smarrisca il senso, il significato prospettico della vita**, chiunque ceda sotto il peso della condizione esistenziale, chiunque non si conceda più neanche una "possibilità", è in grado di percorrere solo ed esclusivamente il sentiero che conduce verso l'inevitabile desertificazione del mondo emozionale e dialogico.

L'emozione dell'insicurezza, che è sempre di natura relazionale, regna come categoria ineludibile in ogni individuo, unità psico-somatica indivisibile, in quanto *essere finito e limitato nello spazio e nel tempo*, "gettato" *heideggerianamente nel mondo*, incalzato da un futuro solo in parte prevedibile, a volte rinchiuso in una monade fenomenologica che lo "divide", anche attraverso i confini corporei, dall'altro da sé, con il quale tenta, in ogni caso e incessantemente, *di mettersi in comunicazione sia attraverso gli organi di senso sia attraverso ponti funzionali di collegamento mentale*.

Adler ne "La conoscenza dell'uomo" sottolinea che «per gli organismi capaci di movimento, posti di fronte ai problemi del futuro, è indispensabile la funzione del prevedere. Tale fenomeno può essere definito con il termine di "compartecipazione". Nell'uomo, questa facoltà è ben sviluppata e si estende a tutti i settori della vita psichica. La necessità di prevedere si prospetta anche qui come esigenza primaria [...]. Già il parlare con qualcuno dà forma alla compartecipazione. Non si può, infatti, comprendere un individuo senza farsi partecipi della sua situazione [...]. È possibile trovare l'origine di questa funzione, che ci spinge a provare le stesse sensazioni di un'altra persona, solo ammettendo il carattere innato del senso sociale. È questo, infatti, un sentimento universale, uno specchio della solidarietà cosmica che alberga in noi, che non ci lascia mai del tutto e ci consente di avvertire in profondità quanto ci circonda»*** (pp. 65-66).

*BORGNA, E. (2008), *Nei luoghi perduti della follia*, op.cit.

**ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.

***ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.

Il dinamismo *teleologico, intenzionale**, *prospettico, compensatoriamente finzionale*, insito in ciò che Adler elegge a principio motivazionale della vita psichica, *il penoso sentimento d'incompiutezza, d'insoddisfazione, d'inferiorità*, genera un inestinguibile movimento ascensionale verso il *plus* e riconduce alla riflessione pascaliana sulla "condizione umana": «Non ci accontentiamo mai del presente. Anticipiamo il futuro perché tarda a venire, come per affrettarne il corso, o richiamiamo il passato per fermarlo, come fosse troppo veloce. Ciascuno esamini i propri pensieri. Troverà che sono tutti concentrati nel passato o nell'avvenire. Non pensiamo quasi per niente al presente, e se ci pensiamo è solo in funzione di predisporre il futuro. Il presente non costituisce mai il nostro fine. Passato e presente sono mezzi, solo l'avvenire è il nostro fine. Così non viviamo mai, ma speriamo di vivere, e preparandoci sempre a essere felici è inevitabile che non lo siamo mai»** (43).

La *struttura olisticamente intenzionale* dell'*unità psico-somatica uomo*, d'altra parte, evoca la risplendente sintesi "affettivo-cognitiva" nietzschiana: «Non siamo ranocchi pensanti, apparecchi per obiettivare e registrare, dai visceri congelati, noi dobbiamo generare costantemente i nostri pensieri dal nostro dolore e maternamente provvederli di tutto quel che abbiamo in noi di sangue, cuore, fuoco, appetiti, passione, tormento, coscienza, destino, fatalità. Vivere vuol dire per noi trasformare costantemente in luce e fiamma tutto quello che siamo, nonché tutto quello che ci riguarda: non possiamo affatto agire diversamente» (p. 17)***. Ogni *individuo, unità psico-fisica indivisibile*, fatto di *viscere* e di *psiche*, di *natura* e di *cultura*, di *corpo* e di *mente*, si "invera" esistenzialmente solo nell'incontro dialogico****, e nella comunicazione interpersonale, intersoggettiva, "interindividuale"*****.

Senso sociale, sentimento sociale, bisogno di tenerezza, empatia: termini specificatamente adleriani che, ancora una volta innovativi ed eretici per l'epoca in cui sono stati da lui meditati, ruotano intorno all'intima natura intersoggettiva, interindividuale dell'uomo.

La nostra esistenza si sviluppa, infatti, nel suo valore, solo se è in certo modo data in donazione, consegnata, ad un "tu" che ci sta dinanzi, essendo inseparabile dal-

*DENNETT, D. (1987) *The Intentional Stance*, tr. it. *L'atteggiamento intenzionale*, Il Mulino, Bologna 1993.

**PASCAL, B. (1670), *Pensées*, tr. it. *Pensieri*, Einaudi, Torino 2004.

***NIETZSCHE, F. (1882), *Die fröhliche Wissenschaft*, tr. it. *La gaia scienza*, Adelphi, Milano 1965.

****BORGNA, E. (2008), *Nei luoghi perduti della follia*, op.cit.

*****ROVERA, G. G. (in press), *Volontà di comprensione. La Psicologia Individuale Comparata fra teorie della mente, Neuroscienze e Pluralità culturali*, op. cit.

l'esistenza degli altri, senza i quali essa si svuoterebbe di significato. Esistere (*existere*) in latino «significa uscire da se stessi, dal nostro mondo interiore chiuso in sé, per vivere con gli altri e per gli altri»* (p. 78). È innegabile l'essenza dialogica della natura umana, in quanto l'entrare-in-rapporto-con l'altro da Sé non rappresenta uno tra i possibili atteggiamenti dell'esistenza, ma la sua struttura portante**.

Il “paradosso dialettico” adleriano si esprime nella concezione di una vita mentale *soggettiva*, tendenzialmente priva di finestre, ma al contempo *intenzionale*, “protesa” costantemente ad *agganciare l'altro da Sé* attraverso ponti fittizi di collegamento. Se così non fosse, l'individuo, come una monade leibniziana, rischierebbe di cadere vittima dei propri soliloqui, della propria *logica privata* solipsistica e delle proprie finzioni rafforzate.

III. *La psicoterapia adleriana fra interpretazione ed esperienza emotiva correttiva*

L'essere umano, che si forma attraverso la *relazione* e non come individualità isolata, per sua essenza strutturale, è quindi una rete di dialoghi, di scambi interpersonali, intersoggettivi, interindividuali con gli altri. In *Psicologia del bambino difficile* 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»*** (p. 35).

L'Individualpsicologia, in questo modo, si allontana definitivamente dall'assunto razionalistico cartesiano di un Sé che esiste unicamente grazie alla propria capacità di pensare il proprio pensiero (“Cogito, ergo sum”, “Penso, dunque sono”), basato sul “mito di una mente isolata”, sulla cosiddetta “dottrina dell'immacolata percezione”, e già ai primi del XX secolo si propone come modello innovativo, rivoluzionario di vita psichica *relazionale*, ermeneutica, *cognitiva*, ma anche *affettiva*, edificata non solo sulla capacità del soggetto di *concepire e pensare i propri pensieri, sull'intrapsichico* quindi, ma anche sull'*intersoggettivo*, sull'*in-*

*BORGNA, E. (2008), *Nei luoghi perduti della follia*, op.cit.

**BUBER, M. (1936), *Das Dialogische Prinzip*, tr. it. *Il principio dialogico*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo.

***ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, Newton Compton, Roma 1973.

terindividuale, cioè sull'attitudine parallela, dinamica e vitale a esplorare la realtà fisica esterna attraverso gli *organi di senso* e a *sentire intuitivamente*, "come se" fossero i propri, gli stati mentali altrui, per mezzo dell'identificazione cognitiva ed empatica.

Al "Cogito, ergo sum" Adler sostituisce l'innovativo "Cogitor, ergo cogito" ("Sono pensato, quindi penso") a cui affianca, parallelamente, l'"Amor, ergo amo", ("Mi sento amato, quindi so amare"), in quanto nella Psicologia Individuale* il *bisogno (bedürfnis)*, provato dal bambino, fin dal primo vagito, di ricevere delicatezza (*zärt*), affetto, coccole, se è coltivato con sufficienti attenzioni e scambi, consente lo sviluppo processuale del *linguaggio della tenerezza, della reciprocità, del sentimento sociale*** : *se mi sento amato posso imparare ad amare*. In questo modo, Alfred Adler esce dal pericolo di un *idealismo* e di un *soggettivismo assoluto* volgendosi verso un *idealismo positivista bipersonale*, verso un *pragmatismo* critico della quotidianità relazionale, verso una psicologia del "senso comune", dell'interindividualità.

Passando dai principi epistemologici tipici del modello adleriano alla pratica clinica e in particolar modo alle problematiche relative alla costruzione del *setting****, ogni terapeuta deve necessariamente affinare, all'interno della stanza d'analisi, nell'*hic et nunc*, l'agostiniana arte intuitiva del "Comprendere" per «avvicinarsi ai pazienti, identificandosi con loro, vedendo con i loro occhi, udendo con i loro orecchi, sentendo con i loro cuori, [...] e ammette che a volte per il terapeuta è [...] difficile trovare un ponte per avvicinarsi a un'anima [...] nel tentativo] di riprodurre in noi il medesimo sentimento, di stabilire un contatto con l'altra persona, [...] di identificarci con lui. [...] Il terapeuta deve] compiere la prima funzione, che è normalmente compito della madre, ma che sin qui nessuno ha compiuto per lui. Ciò di cui ha bisogno è qualcuno che sostituisca sua madre sotto quest'aspetto, qualcuno che rappresenti la parte della persona più vicina a lui, ed in cui possa avere fiducia. Una volta che ciò si sia verificato, questa persona dovrà assumere le seconda funzione della madre: ampliare il sentimento sociale destato in lui e dirigerlo verso gli altri»**** (pp. 72, 225).

*FERRIGNO, G. (2004), 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.

**PAGANI, P. L. (2003), Dal bisogno primordiale alle istanze differenziate: dal "senso sociale" al "sentimento sociale", *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 25-29.

***FERRERO, A. (2001), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo la Psicologia Individuale: spunti per una discussione, *Riv. Psicol. Indiv.*, 48: 41-54.

****ADLER, A. (1930), *Die Seele des Schwererziehbaren Schulkindes*, tr. it. *Psicologia del bambino difficile*, op. cit.

In questo senso, l'agente terapeutico viene a collocarsi a metà strada fra "interpretazione" ed "esperienza emotiva correttiva" del *deficit* affettivo di base. Il terapeuta svolge, in questo senso, un ruolo attivo nella costruzione della relazione insieme al paziente, non limitandosi più a indossare i panni dell'osservatore distaccato, silenzioso, neutrale, che elargisce onnipotenti interpretazioni dall'esterno per smantellare le finzioni rafforzate: egli cerca di coinvolgere il paziente in una "nuova" possibilità di relazione che, col tempo, gli consenta di affrancarsi dai vecchi schemi relazionali inadeguati per sperimentarne di nuovi, più validi e meno fallimentari. L'incontro terapeutico costituisce comunque *un evento* che si sviluppa nel *tempo* con la costruzione di una *storia a due* che segue un itinerario unico, irripetibile, creativamente e finalisticamente orientato, nel corso del quale la *coppia creativa* cresce e si evolve.

L'esperienza nevrotica e psicotica scandisce, sempre e comunque, le umane possibilità di affrontare sul "lato inutile della vita" il difficile "mestiere di vivere" attraverso la "difesa fittizia" di un progressivo incremento della "distanza" fra il Sé e l'Altro da Sé.

Alle spalle del "malato", dietro al suo soccombere di fronte al peso della vita, dietro al suo rifugiarsi nelle fittizie costruzioni nevrotiche o dietro al suo precipitare negli abissi infiniti della sconvolgente esperienza psicotica ritroviamo, quindi, tutti i grandi e inesauribili temi esistenziali, di ieri e di oggi, e comunque la lacerazione del *tessuto dialogico*, della *basilare attitudine interattiva dell'individuo verso il mondo e verso gli altri nel suo valore di comunicazione e di sentimento sociale*.

IV. *La psicoterapia come ricomposizione dell'interindividualità lacerata*

«Non c'è psicoterapia se non nel segno della speranza»* (p. 38). Essa rappresenta il tentativo (forse l'ultima possibilità che il paziente si concede) di ricomposizione della base lacerata di *comunicazione interindividuale attraverso un nuovo "legame d'attaccamento" sicuro* con l'analista: valori umani, esistenziali e interpersonali sono, ancora una volta, riconducibili all'essenza della psicoterapia.

La ricomposizione dell'"interindividualità" lacerata e nientificata avviene proprio all'interno del *setting* attraverso la relazione creata dalla "coppia terapeutica": la fatica di vivere, la disperazione, la solitudine, il tramonto della speranza si accompagnano inevitabilmente al crepuscolo del mondo emozionale. Attraverso

*BORGNA, E. (2007), *Come in uno specchio oscuramente*, Feltrinelli, Milano.

le emozioni, nostre e altrui, usciamo da noi stessi, ci apriamo al dialogo, alla comunicazione con l'ambiente esterno, entriamo in contatto con gli "Altri da Noi"* . «Senza empatia, senza la capacità di cogliere e penetrare il sentire o il patire altrui non è possibile vera comunicazione né autentico incontro, scambio, dialogo, comprensione. Così come non si curano le ferite dell'animo malato esclusivamente con la farmacologia, senza coinvolgimento affettivo da parte del terapeuta, senza comprensione emozionale, *piētas*, dialogo incessante e soprattutto senza inesauribile disponibilità all'ascolto, in quanto occorre calarsi nell'individuo prima che nel paziente»**. Se desideriamo metterci in contatto con qualcuno o qualcosa, è indispensabile portarci fuori dalla gabbia dorata del nostro riduzionismo fenomenologico. «Per instaurare una relazione con chi vive un'esperienza psicotica di lacerazione assoluta, la partecipazione emotiva è una condizione indispensabile. Se un paziente che soffre sente nel medico solo la saggezza dello scienziato, si chiude in se stesso, finendo per distruggersi o per distruggere»*** .

Il paziente nevrotico e il paziente psicotico hanno smarrito la capacità di "sentire l'altro", d'agganciare l'altro, di prendere contatto con l'altro, simultaneamente nell'*hic et nunc del "presente del presente" agostiniano*: l'altro da Sé è percepito "come se" fosse tarato su una lunghezza d'onda temporale-soggettiva perennemente sfasata e asincrona, per cui il soggetto sofferente non sa più ascoltare facendosi ascoltare, non sa più capire facendosi capire. In pratica egli vive in un mondo svuotato di significato in cui il futuro si presenta solo come *minaccia incombente*, mai come *promessa possibile*.

Il terapeuta, per questi motivi, non può "sottrarsi" all'avventura a volte rischiosa di entrare, attraverso la *falsezza leggera dell'immedesimazione*, nella soggettività, nell'interiorità, nell'intenzionalità**** della monade, chiusa, che è l'*altro da Sé*, il paziente, che, ammalato di "asincronia temporale", può imparare all'interno del *setting* a mettersi in relazione, a sintonizzarsi, a costruire un ponte di collegamento, di contatto, di aggancio con l'altro da Sé non solo attraverso gli organi di senso, ma soprattutto attraverso le emozioni e i sentimenti condivisi col terapeuta. 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 com-

*BORGNA, E. (2001), *L'arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli, Milano.

**FERRIGNO, G. (2005), Le emozioni come luogo d'incontro fra menti, *Riv. Psicol. Indiv.*, 55: 3-6.

***BORGNA, E. (2002), Editoriale, *L'arena - Il giornale di Verona*, 25 gennaio 2002.

****BRENTANO, F. (1970), *Psychology from an Empirical Standpoint*, Routledge and Kegan Paul, London.

*****BOELLA, L. (2006), *Sentire l'altro*, Cortina, Milano.

presenza 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”.

L’incoraggiamento empatico si pone, in primo luogo, come “posizione di indagine”, di ricerca, d’ascolto, di contatto, di lettura della mente propria ed altrui*, di ricerca, di comprensione e si esprime nell’ascolto, nel monitoraggio delle proprie emozioni, nella comprensione di significati, nella restituzione della comprensione al paziente; in secondo luogo, si pone come “responsività ottimale” attraverso un coinvolgimento emotivo-cognitivo ottimale del terapeuta che si esprime nella capacità di sintonizzazione col tipo di risposta più adatta ai bisogni del paziente in “quel” determinato momento. 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*. «Nel caso non ci siano altre umane disponibilità nella persona del malato c’è l’ultimo rischio e l’ultima carta da giocare, quella legata al significato che il dialogo psicoterapeutico ha in Sé»*** (p. 350).

Il terapeuta esperto e ben preparato deve armarsi del coraggio necessario che gli consenta di vivere dentro di sé le sofferenze, le gioie, i dolori del paziente come se fossero i propri. Se sa riconoscere e accettare la gioia, il dolore e le ferite, che vivono dentro di sé, può anche capire, rivivere e con-dividere la sofferenza, il dolore e le ferite sperimentate anche dal paziente. Ciascuno di noi comprende

* LIVERTA SEMPIO, O., MARCHETTI, A. (a cura di, 2001), *Teoria della mente e relazioni affettive*, Utet, Torino.

**PANCHERI, L., PAPARO, F. (2003), Fattori terapeutici specifici e comuni in psicoanalisi: il self-righting, *Rivista di psichiatria*, 38: 105-116.

***BORGNA, E. (2008), *Nei luoghi perduti della follia*, op. cit.

veramente negli altri – scrive André Gide – soltanto quei sentimenti che è capace di produrre egli stesso.

V. *Il terapeuta come guaritore ferito*

Chirone* nella mitologia greca era un centauro metà uomo e metà bestia, la cui natura era da attribuire al padre, il dio Crono che si era trasfigurato in cavallo per congiungersi all'oceanina Filira. Il centauro Chirone, colpito per errore da una freccia di Eracle, avvelenata del sangue dell'Idra di Lerna, sarà tormentato da una ferita inguaribile al ginocchio. Chirone, rifiutato dalla madre, inorridita dalla sua mostruosità, ormai adulto si rifugia in una grotta sul monte Pelion in Tessaglia, dove può dedicarsi all'educazione dei più famosi e giovani eroi, dei e semidei, addestrandoli nelle arti marziali, nella musica, nella medicina, nell'astronomia. Nonostante Chirone sia un eccellente maestro e guaritore, non riesce a curare e a far guarire completamente la propria ferita.

Ogni giorno, Chirone, prima di prendersi cura dei propri allievi, Asclepio, Eracle, Achille, si occupa di sé e della propria ferita per poter essere attivo, dinamico, efficace e presente al proprio ruolo di maestro e di guaritore. Maestro nell'arte terapeutica può essere soltanto colui che sia consapevole della propria ferita. Se in una relazione d'aiuto colui che dovrebbe essere il guaritore è a sua volta stato colpito, ferito dalla vita, in quanto essere “finito e mortale”, può trasformare la propria debolezza in forza, evitando di avvitarsi in atteggiamenti rabbiosi, vittimistici e rivendicativi: un “guaritore ferito” grazie alle proprie ferite potrà comprendere meglio, e quindi curare, quelle altrui. Il mito paradossale di Chirone ci invita ad attivare il “guaritore interiore” che sopravvive in tutti noi, evitando ogni forma di unilateralità paralizzante: il *terapeuta* da una parte e il *paziente* dall'altra, la *normalità* da una parte e la *follia* dall'altra. «La follia è come uno specchio nel quale si riflettono le immagini delle nostre tristezze e delle nostre angosce, delle nostre inquietudini e delle nostre speranze, delle nostre fragilità e delle nostre illusioni»** (p. 17).

Le ricerche sulla comunicazione intersoggettiva *implicita* accrescono la responsabilità etica del terapeuta che deve tener conto degli esiti impliciti e imprevedibili dell'agire, del pensare, del sentire del paziente su di sé e viceversa.

Numerose e innovative evidenze empiriche*** sulla “comunicazione intenzionale implicita” confermano un continuo flusso biunivoco di risonanze emozionali fra

*MOSELLI, P. (a cura di, 2008), *Il guaritore ferito. La vulnerabilità del terapeuta*, Angeli, Milano.

**BORGNA, E. (2007), *Come in uno specchio oscuramente*, op. cit.

***FASSINO ET ALII (2005), *Psicoterapia e neuroscienze: crescenti evidenze etiche. Implicanze per la Psicoterapia Individuale*, *Riv. Psicol. Indiv.*, 57: 13-29.

terapeuta e paziente: gli studi sull'effetto placebo di Pancheri e Brugnoli*, quelli di Kandel sulla lumaca di mare *Aplysia*, le ricerche condotte, proprio in questi ultimi anni, presso il dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Parma, sui "neuroni mirror", così come il nuovo e stimolante filone di ricerche che fa capo alla "Teoria della mente" evidenziano come nella comunicazione interindividuale si crei automaticamente e implicitamente un *legame*, un *contatto*, uno *spazio mentale noi-centrico condiviso*: gli altri entrano continuamente in noi con il loro agire e viceversa. Per questo motivo è indispensabile che il terapeuta, novello Chirone, guaritore ferito, uomo e animale insieme, impasto di pensiero e di viscere, impari a prendersi cura delle proprie ferite prima di medicare le ferite dei propri pazienti.

VI. *Deontologia ed etica nel controtransfert*

Il terapeuta, in questo senso, deve acquisire la capacità di saper monitorare incessantemente l'*intrapsoichico e l'intersoggettivo*** attraverso l'autosservazione di sé, dei propri stati d'animo, della propria soggettività, delle proprie ferite, per poter poi riconoscere emozioni, sentimenti e ferite del paziente:

- in primo luogo, nell'*hic et nunc* del *setting* attraverso un *controllo clinico diretto delle dinamiche in gioco*, e ciò è possibile solo se il terapeuta abbia effettuato un approfondito *training* personale, un'analisi personale;
- in secondo luogo, attraverso un controllo *extrasetting*, che valorizzi il ruolo della *supervisione*;
- in terzo luogo, attraverso una *formazione permanente dei terapeuti* in genere e una *formazione permanente dei formatori*, che devono acquisire una costante attitudine a *interrogarsi sui risvolti etici del proprio fare ed essere terapeuti*, facendo della ricerca e dell'aggiornamento permanente un obiettivo primario.

Un buon terapeuta, novello Chirone, guaritore ferito, ma anche novello Ulisse, "deve" in ogni caso concedersi l'avventura, a volte "audace", di scoprire cosa ci sia al di là delle colonne d'Ercole della "persona" che soffre, immergendosi in un'interazione intersoggettiva, interindividuale, implicita, duale, alchemica, altamente contagiosa, che implica un *incontro fra menti, ma soprattutto fra cuori*.

Giuseppe Ferrigno

*PANCHERI, L., BRUGNOLI, R. (1999), L'effetto placebo e i fattori terapeutici comuni, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato italiano di psichiatria*, 2° edizione, vol. 3, Masson, Milano.

**FERRIGNO, G. (2004), Il "piano di vita", i processi selettivi dello "stile di vita" e la comunicazione intenzionale implicita della "coppia terapeutica creativa": dalla "teoria" alla "clinica", *op. cit.*