

FRANCESCO CASTELLO *

PROBLEMI LEGATI ALLA INTELLETTUALIZZAZIONE DEL LINGUAGGIO NEL RAPPORTO TERAPEUTICO

Il problema segnalato nel titolo riguarda le situazioni terapeutiche in cui, accanto ad una espressione verbale di bisogno di aiuto da parte del paziente, si rileva l'esistenza di un continuo ostacolo a lasciarsi coinvolgere emotivamente, od a riconoscere l'esistenza di motivazioni a contenuto emotivo, a monte dei propri atteggiamenti. Tutto questo, che non dice nulla di nuovo a coloro che praticano la psicoterapia, rientra nel grande quadro della « rigidità » del temperamento nevrotico, quella che altri autori hanno descritto come rigidità della personalità, o rigidità caratteriale (Rogers, W. Reich).

Nelle relazioni terapeutiche dominate dalle dinamiche suesposte, sembrano emergere due aspetti caratteristici:

- 1) Resistenza al coinvolgimento emotivo da parte del paziente.
- 2) Il paziente resiste alla finalità terapeutica producendo un fenomeno (che altri AA. hanno definito invidia) consistente nel tentare di utilizzare per altri fini (ad es. strumentali) le acquisizioni che via via realizza nel corso del trattamento.

Un paziente (studente universitario di 24 anni), ad esempio, cercava di trasformare in strumenti, utili per imporsi agli altri, tutto ciò che riteneva di aver imparato in fatto di tecniche psicoterapeutiche nel corso delle sedute, per soddisfare la sua volontà di potenza. Dopo circa un anno di analisi, cominciò a richiedermi di modificare in senso freudiano il procedimento tecnico, adducendo il motivo che il lavoro svolto fino ad allora non aveva chiarito a fondo i suoi problemi. Si trattava di un soggetto fortemente egoista, con una grande aspirazione alla superiorità, che di fronte a qualsiasi persona ai suoi occhi importante, metteva in

* Contrattista presso l'Istituto di Psicologia della Facoltà Medica dell'Università di Genova.

moto atteggiamenti di competizione e di sfida, in concomitanza con un infrenabile desiderio di mettersi al suo posto.

Queste dinamiche si svolgevano nella personalità di un giovane, che, durante la psicoterapia, aveva maturato la decisione di studiare psicologia (sic!), ma che non riusciva ad affrontare colla pazienza necessaria, l'iter degli anni di corso universitario.

Le varie problematiche emergenti, compresa la suddetta decisione, venivano sistematicamente discusse, elaborate ed interpretate. Il paziente, posto di fronte all'esame di realtà, sviluppava forte aggressività verso il terapeuta, proprio perchè questi gli indicava le relazioni esistenti tra le situazioni ed i suoi desideri, ossia cercava di aiutarlo a cogliere il senso di determinati nessi causali e quindi ad elaborare delle scelte che, seguendo la traccia dei suoi desideri, fossero abbracciate consapevolmente.

Il paziente costruì il progetto di un tradimento terapeutico: prese contatto con un analista freudiano, ebbe con lui un colloquio, e solo successivamente me ne parlò, in una situazione per lui di grande imbarazzo, carico di sensi di colpa, che cercava di superare esprimendosi in modo seduttivo-gratificante nei miei riguardi. Lo psicanalista interpellato non aveva accettato di mettere in discussione il mio metodo, né aveva promesso al paziente di accontentare la sua richiesta di essere prontamente preso in carico. Io non avevo assunto l'atteggiamento ostile che i suoi sentimenti di colpa gli facevano prevedere. Il senso di frustrazione provato dopo l'atto compiuto, il cui significato venne interpretato in termini che il giovane condivideva a livello consapevole, fu seguito da una serie di manifestazioni di aggressività, diretta verso lo psicanalista sopracitato, verso il padre del paziente e verso il suo futuro suocero.

Il mio atteggiamento, sempre improntato all'accettazione della personalità del giovane, ad un livello molto realistico, trovò come risposta da parte sua la formazione di una sorta di corazzatura, consapevolmente adottata, rappresentata da un modo molto diverso di porsi in relazione con gli altri. Credo di poter parlare di corazzatura per la relativa rapidità con cui il cambiamento avvenne, restando però stabile nel tempo.

Il paziente cominciò ad occuparsi di questioni assistenziali nell'ambito di un centro di intervento sociale ed a seguire, come tirocinante, qualche giovane drogato.

Gli ultimi periodi del nostro rapporto terapeutico furono dedicati prevalentemente alle problematiche che egli incontrava in questa sua attività, attraverso la quale chiaramente emergeva il suo bisogno di dominare gli altri, tanto che in lui si venivano a creare problemi di competizione coi genitori (i padri in particolare) dei giovani che cercava di assistere. Queste dinamiche furono oggetto di lunga discussione ed interpretazione.

Il paziente era consapevole di ciò che accadeva in lui e del suo significato e le sue risposte emotive divenivano più controllate. Ad un certo punto, nella seduta successiva a quella in cui mi aveva avanzato per l'ennesima volta la richiesta di intraprendere con me una analisi di tipo freudiano, nel corso della quale io avevo espresso l'opinione che egli tendesse a sostenere un atteggiamento svalorizzante nei miei confronti, ed a sostituirsi a me terapeuta, proponendo un metodo da lui ritenuto « migliore » di quello a cui io mi ispiravo, mi propose di interrompere l'analisi.

Sottolineai l'importanza della sua proposta, di cui mostrava di sapersi assumere la responsabilità in maniera adeguata, e mi dichiarai d'accordo con lui. Va rilevato che i problemi più pressanti ed i sintomi disturbanti, per i quali si era rivolto a me circa un anno prima, si erano da tempo risolti.

Il paziente ritornò a trovarmi un paio di volte, per discutere questioni relative ai suoi studi, come a volermi dimostrare di essere divenuto capace di seguire una linea programmatica da lui scelta in precedenza. Va notato che, prima, uno dei problemi più gravi del paziente era l'incostanza.

Il mio atteggiamento terapeutico era sempre stato improntato alla messa in evidenza delle varie controfinzioni da lui escogitate per sostenere la sua menzogna vitale e la distanza nevrotica da mè, in gran parte fittizie.

Sul piano comportamentale, il paziente realizzò un notevole cambiamento, rilevabile nei suoi rapporti affettivi, sociali e di lavoro.

I suoi problemi di fondo erano stati, per tutta la durata del trattamento, espressi in modo molto intellettualizzato, anche facendo ricorso ad un linguaggio tecnico, attinto alle sue conoscenze di psicologia. D'altro canto il giovane aveva manifestato delle reazioni emotive di grande intensità, in situazioni di carente autocontrollo, nel corso delle quali sembrava rifiutare qualsiasi

ricorso al confronto colla realtà, o alla interpretazione delle dinamiche in linea col suo stile abituale. In quei casi la relazione si poneva esclusivamente in termini empatici; queste esplosioni mostravano inequivocabilmente l'impulsività del soggetto. La base del rapporto terapeutico, intesa come comunanza di linguaggio, si stabilì però a livello intellettuale, con l'accettazione da parte mia del suo bisogno di intellettualizzare e di apparire capace di affrontare i problemi in termini intellettualistici.

Possiamo pertanto concludere che, nel caso descritto, i contenuti pedagogici del fenomeno psicoterapeutico siano stati quelli più fortemente recepiti nello stile di vita e quindi accolti sintonicamente da una personalità per altri aspetti assai carica di elementi conflittuali.

* * *

Una giovane donna che lamentava frigidità viene in terapia, tendendo ad oggettivare il suo problema, che utilizza strumentalmente per giustificare il suo disinteresse per il marito. In realtà, il suo disinteresse, accompagnato da vera ripugnanza fisica, si è accentuato da quando ha cominciato a provare simpatia per un altro uomo.

La paziente, molto chiusa, si mostra incapace di tradurre in parole le sue emozioni ed usa un linguaggio esclusivamente rappresentato da descrizioni di azioni.

Si vergogna di alcuni episodi del passato della sua famiglia (riferiti in particolare alla vita del padre) e mostra forti difficoltà di rapporto interpersonale.

La paziente non vuole correre, nella vita, alcun rischio. Desidera perseguire i propri scopi, per i quali, altri dovrebbero fornire valide giustificazioni.

Dopo una decina di sedute, la paziente fa il punto della situazione e si lamenta di non aver avuto ancora alcun beneficio dalla « cura », in ordine alla frigidità, o per lo meno, non si sente in nessun modo garantita per il futuro.

Interpreto la sua aggressività ed il suo desiderio di allontanare da sé tutte le cose spiacevoli.

La paziente afferma di sentirsi molto confusa, come se avesse la testa annebbiata. Le poche sedute successive, nel corso delle quali inizio a tenere ben fermo il confronto con la realtà, vedono sorgere qualche elemento nuovo: una più evidente sospettosità verso il terapeuta e la graduale accettazione dell'idea che i suoi sintomi non siano così estranei alla sua personalità, come pareva credere in precedenza.

La dipendenza ambivalente nei confronti del terapeuta non è stata da me interpretata, anche perchè, prevedendo un lavoro di breve durata, non ritenevo utile un approfondimento che sarebbe poi rimasto incompleto. La paziente non appariva disponibile per una analisi che richiedesse impegno e sforzo; desiderava soltanto essere liberata passivamente dai suoi problemi. Tentava di porre perciò la relazione su di un piano solamente intellettuale, attingendo l'idea dal suo abituale stile di vita.

Il colloquio in contraddittorio la portò a concludere sulla inopportunità di continuare il lavoro, visto che questo, per essere proficuo, avrebbe dovuto essere svolto soprattutto da lei, che pertanto si sarebbe dovuta trasformare in elemento attivamente partecipante alle sue vicende.

L'analisi venne pertanto interrotta dalla paziente, la quale, mentre da una parte, essendo andata delusa la sua speranza di trovare nel terapeuta un fornitore di consigli da utilizzare per realizzare i suoi obiettivi senza doversene fare carico (poter lasciare il marito, tenersi la figlia, coltivare una relazione extra-coniugale senza averne conseguenze), non provava probabilmente sentimenti positivi per il terapeuta, dall'altra, avendo appreso, è il caso di dirlo, dell'esistenza di un certo tipo di responsabilità, voleva forse gestire quest'ultima con molto riserbo.

Anche qui il livello di linguaggio era stato esclusivamente intellettuale, poichè la paziente non era in grado di esprimere dei sentimenti per carente fluidità emotiva. Le emozioni erano inibite, nella loro espressione, dalla giovane che, in compenso, con suo impaccio e la tendenza ad arrossire, metteva in evidenza la vivacità dei suoi problemi conflittuali.

Tutto questo ci porta a riflettere sul significato della intellettualizzazione, intesa come tipo di rapporto verbale in gran parte deprivato di componenti emotive, e dove talvolta l'assenza di sentimenti, da non confondere con quella peculiarmente carat-

teristica delle forme ossessive, sembra addirittura ostentata dai pazienti. Il fenomeno, nel quale il linguaggio appare sganciato dall'affettività, può essere considerato collocabile tra i problemi di quella « distorsione cognitiva » già rilevata da molti autori nelle nevrosi in genere, in cui l'amnesia ha il significato di resistenza. Per il tipo di comunicazione proposto dal nevrotico resistente al coinvolgimento emotivo, si instaura col terapeuta un rapporto verbale molto carico di contenuti semantici. In questo canale operativo, per mezzo della comprensione empatica e di un attento controllo del feed back, possono essere inseriti messaggi nuovi, tali da modificare con l'aumento dei segnali in senso quantitativo (in parte scelti selettivamente dal terapeuta) le modalità della conoscenza.

Potremmo dire che la rigidità di orientamento delle difese va, in molti casi, a vantaggio del processo terapeutico, poichè i pazienti, che avrebbero difficoltà addirittura insuperabili a recepire interpretazioni sul significato del loro atteggiamento, riescono a passare a quella modalità di essere che gli esistenzialisti definiscono della « malafede », introducendo nel loro bagaglio intellettuale una quantità di nuovi contenuti che vengono a mescolarsi ai preesistenti, modificandone, almeno in parte, il significato e la interazione dinamica. Dal punto di vista dello stile di vita, ciò vuol dire fornire un nuovo modello « per diluizione del precedente » in un più vasto ambito di contenuti.

Questa modalità di compensazione può essere raggiunta anche in periodi di tempo relativamente brevi.

Circa il livello di azione di questi dinamismi all'interno della personalità, possiamo ritenere che la modificazione dei processi cognitivi, intesa come cambiamento qualitativo attraverso un aumento di quantità, possa essere fonte di mutamenti non soltanto esterni e superficiali.

E' necessario che il terapeuta valuti con prudenza e con cura la reale disponibilità del paziente a questo tipo di approccio, ovvero la sua capacità di sopportare questa sorta di bombardamento mirato di stimoli cognitivi, poichè la eventuale presenza di dinamismi psicotici potrebbe essere fonte di reazioni patologiche e di decompensazioni. Occorre pertanto, prima di accingersi ad indurre questo tipo di modificazione, una valutazione accurata

della struttura della personalità e dello stile di vita. Infatti, l'allargamento dello spazio psicologico si attua nella topografia dinamica della personalità preesistente.

La esiguità della casistica e la mancanza di elementi tratti dall'osservazione catamnestica non mi consente, al momento attuale, di esprimere un giudizio di validità a distanza della metodica, né di formulare una prognosi in rapporto ai casi esposti.

Posso però affermare di aver constatato modificazioni nettamente migliorative del comportamento, in particolare, a livello della capacità di socializzazione.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A.: *Il temperamento nervoso*. Newton Compton, Roma, 1971.
- ADLER A.: *Prassi e teoria della psicologia individuale*. Newton Compton, Roma, 1970.
- ADLER A.: *Psicologia Individuale e conoscenza dell'uomo*. Newton Compton, Roma, 1975.
- CAZZULLO C. L.: *Modalità cognitive nella nevrosi*. Atti del Simposio Internazionale: *Le nevrosi da Freud ad oggi*. Sanremo, 1976.
- DREIKURS R.: *Lineamenti della psicologia di Adler*. La Nuova Italia, Firenze, 1968.
- ELLENBERGER H. F.: *La scoperta dell'inconscio*. Boringhieri, Torino, 1972.
- PARENTI F.: *Manuale di psicoterapia su base Adleriana*. Hoepli, Milano, 1970.
- PARENTI F., ROVERA G. G., PAGANI P. L., CASTELLO F.: *Dizionario ragionato di psicologia individuale*. Cortina, Milano, 1975.
- PINELLI P.: *Il concetto della nevrosi sulla linea della dottrina della comunicazione e dell'apprendimento*. Atti del Simposio Internazionale: *Le nevrosi da Freud ad oggi*. Sanremo, 1976.
- TORRE M.: *Un'ipotesi esistenzialistica sulla psicogenesi delle nevrosi*. Atti del Simposio Internazionale: *Le nevrosi da Freud ad oggi*. Sanremo, 1976.
- WOLMAN B. B.: *Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche*. Astrolabio, Roma, 1974.