

## La rete finzionale delle emozioni

ESTER DE DONATIS, ANNA BECCARIA, MARINA AIRASCA, SERGIO LAGUZZI

*Summary* – **FICTIONALE NETWORK OF EMOTIONS.** Emotions may represent the foundation of all human relationships. In particular, in psychotherapy, patient and therapist's emotions intersect each other in a dialogue, often not aware, which is at the base of the therapeutic process. Alfred Adler theorized a phenomenological psychology of fictions, teleological oriented, recognized as a privileged area of research, the dialectical relationship between emotional states and relationships. The therapist can stay in an emotional unfamiliar and unsettling context, not easily expressed in words, and must be able to accommodate the new and the alien, even what initially may seem meaningless to reach significance the shared emotional experience in the therapeutic context. The very concept of inherent "meaning" brings those thoughts about fiction in the world understood as individual interpretation and revision of personal feelings of inferiority. This reflection is deepened through an analysis of a clinical case.

*Keywords:* NETWORK, EMOTIONS, TELEOLOGY

### I. Premessa

Il contesto emozionale che si crea nella relazione terapeutica pone spesso il clinico in difficoltà relazionali complesse. Il terapeuta si trova a camminare in un contesto emotivo non familiare ed inquietante, non facilmente esprimibile con le parole, e deve essere in grado di accogliere il nuovo e l'estraneo, anche ciò che inizialmente può sembrare privo di senso, per giungere ad un significato condiviso del vissuto emotivo nel contesto terapeutico. Affinché tra due persone s'instauri una comunicazione emotiva piena ed efficace è necessario che ciascuna persona "senta" l'altro e si sintonizzi con lui. Senza la conoscenza delle emozioni che sono nel terapeuta e nel paziente non è possibile articolare una cura che chiarisca il senso dei disturbi psicopatologici [7].

Per lungo tempo, tuttavia, lo studio delle emozioni è stato trascurato dal mondo scientifico, come si evince anche dalla scarsa letteratura in materia, rispetto a

quella relativa ad altri aspetti della mente. Era opinione diffusa che le emozioni fossero un aspetto secondario e meno nobile della vita mentale di un individuo, che invece andava studiato nella sua componente razionale. Tuttavia, l'analisi della componente biologica delle emozioni negli ultimi anni ha subito un notevole sviluppo, che ha prodotto una quantità di conoscenze ed un crescente interesse, provenienti soprattutto dalla neurobiologia e dalla psicologia sperimentale. A partire dagli anni '80 la ricerca neuro-scientifica si è intensificata muovendosi sempre più in direzione di una forte interconnessione tra lo psichico e il biologico. Il premio Nobel Eric Kandel [8] sostiene che le nuove acquisizioni in campo neurobiologico abbiano consentito di smorzare posizioni pregiudiziali ed eventuali forme di attaccamento fideistico al campo disciplinare biologico o a quello psicologico, facendo acquisire legittimità scientifica alla tesi secondo cui «lo psichico e il somatico nascono simultaneamente nel e dal legame» (8, pp. 457-469).

Emerge che lo sviluppo del sistema nervoso sia un processo “esperienza-dipendente” in cui, nelle prime fasi di vita, le relazioni significative possono modulare anche l'espressione genica a livello cerebrale. La scoperta dei neuroni a specchio sembra rappresentare il correlato neuronale dell'essenza relazionale dell'uomo: essi si attivano sia quando una persona compie una determinata azione, sia quando la osserva compiere da altri. I risvolti clinici di questa importantissima scoperta delle neuroscienze sono immediatamente visibili, in quanto essa sembra fornire un modello che può aiutare a comprendere che cosa avviene nella mente di una persona che parla, desidera, sogna ad occhi aperti nella relazione con un'altra persona, anche all'interno del *setting* psicoterapeutico. Al pari delle azioni, inoltre, i neuroni a specchio rendono possibile cogliere immediatamente anche le reazioni emotive negli altri. In altre parole i neuroni a specchio hanno messo in luce come la reciprocità che ci lega agli altri sia una condizione umana naturale pre-linguistica, pre-concettuale, pre-razionale [9].

Paradossalmente, proprio l'emotività, considerata uno scomodo retaggio evolutivo e un'inutile interferenza nei processi intelligenti, ha iniziato ad essere considerata un'importante componente dell'intelligenza stessa grazie alla scoperta del ruolo svolto dalle strutture e dai circuiti del sistema limbico nelle emozioni, come anche del ruolo dei neurotrasmettitori e delle modificazioni endocrine. Poiché reazioni emozionali come la paura possono essere condizionate a stimoli precedentemente neutri, è evidente che i circuiti emozionali cerebrali devono interagire con i sistemi neurali collegati alla sensazione, alla valutazione, alla memoria, al processo decisionale e alla coscienza.

In ambito psicologico è possibile individuare i principali modelli teorici che si sono occupati delle emozioni. I modelli motivazionali e cognitivi hanno sottolineato l'importanza delle conoscenze, valutazioni e stime cognitive, come aspetti cruciali del processo emozionale. Il modello psicodinamico ha stimolato il pen-

siero dei clinici nel riconoscere la complessità degli stati emozionali misti, oltre a sottolinearne la possibile componente inconsapevole. Il modello evolutivo ha evidenziato il significato adattivo delle espressioni delle emozioni come comunicazioni tendenti ad aumentare le possibilità di sopravvivenza dell'individuo. Il modello biopsicosociale ha integrato le componenti biologiche, psicologiche e relazionali delle emozioni, inserendole all'interno della linea direttrice dello stile di vita dell'individuo [3]. Ogni vissuto emotivo, oltre ad avere un significato motivazionale, cognitivo ed evolucionistico, conscio od inconscio, rappresenta anche il modo unico in cui l'individuo colora affettivamente la realtà [2].

L'ereditarietà e l'ambiente interagiscono in continui scambi e interdipendenze [1]. In tal senso, come afferma Siegel [10] i rapporti con gli altri hanno un'influenza fondamentale sul cervello, anche perché i circuiti che mediano le esperienze sociali sono strettamente correlati con quelli responsabili dell'integrazione dei processi che controllano l'attribuzione di significato, l'organizzazione della memoria, la modulazione delle risposte emotive e la regolazione delle funzioni dell'organismo. La tesi presentata nel libro "La mente relazionale" [10] incontra, da un vertice neuro scientifico, il modello bio-psico-sociale proposto dall'Individualpsicologia di Alfred Adler. Come afferma la filosofa Edith Stein: l'empatia è l'atto paradossale attraverso cui la realtà di "altro", di ciò che non siamo, non abbiamo ancora vissuto o che non vivremo mai e che ci sposta altrove, nell'ignoto, diventa elemento dell'esperienza più intima, cioè quella del sentire insieme che produce ampliamento ed espansione verso ciò che è oltre, impreveduto [11].

Anche nel momento della massima immedesimazione l'Io non scompare in un Io fusionale o subordinato, ma mantiene una sua diversità. È questa diversità che permette l'empatia, perché un Io fusionale non consentirebbe l'esperienza dell'altro. In tal senso l'empatia è ponte tra la vita personale e la vita sociale. Il momento empatico diviene il luogo privilegiato della ricerca della verità, è un'esperienza interiore che porta ad oltrepassare la visione del nostro mondo. All'interno del processo terapeutico spesso le parole rimangono soffocate e ci si trova immersi in un clima emotivo vago e angosciato in cui i pazienti reagiscono a stati di grande difficoltà cercando disperatamente di non abbandonare il proprio "stile difensivo" e regredendo a forme arcaiche di funzionamento mentale che non si servono del linguaggio, bensì di manifestazioni psicosomatiche [6]. Il campo emotivo diviene dunque *l'insieme dei pensieri non ancora pensati*, potenzialmente emergenti dal contesto relazionale [5]. Il *setting* psicoterapeutico è, in tal senso, uno spazio "aperto" in cui è possibile il cambiamento del vertice osservativo che consente lo sviluppo della *profondità prospettica* e della *poliedricità* indispensabili per incrementare la capacità simbolica e la competenza affettiva: la realtà esterna e quella interna possono riarmonizzarsi sotto la spinta della creatività.

La relazione che si crea tra paziente e terapeuta è paritaria dal punto di vista umano, ma, in un'ottica individualpsicologica, costituisce una dialettica tra posizioni diverse: da una parte il paziente che si rivolge al terapeuta chiedendo aiuto (*basso*) e dall'altro il terapeuta che è tenuto ad una risposta adeguata e responsabile (*alto*). Il paziente muove verso il terapeuta un insieme di aspettative volte a soddisfare i suoi bisogni. Le sue richieste non possono non suscitare un contro-movimento che rimanda al coinvolgimento empatico. Il terapeuta non può essere uno specchio riflettente neutrale, ma inevitabilmente entra in gioco attivamente nella relazione terapeutica esprimendo il suo particolare modo di essere (*stile di vita*), le sue esigenze e i suoi bisogni. Se il terapeuta sarà in grado di riconoscere consapevolmente di aver soddisfatto i propri bisogni la terapia ne verrà arricchita [4].

Centrale, quindi, appare il problema della distanza emotiva e fisica: coinvolgimenti eccessivi del terapeuta corrispondono più a propri bisogni che a quelli del paziente, così come atteggiamenti eccessivamente tecnicistici e distanzianti rappresentano un tentativo di non entrare in contatto con la sofferenza del paziente. Il coinvolgimento ottimale del terapeuta necessita di una calibrazione costante tra sentimenti di impotenza e onnipotenza. La stessa strutturazione del *setting* (spazio, tempo, orari, frequenza delle sedute, regole, orario, attenzione fluttuante, atteggiamento terapeutico calmo, non giudicante, empatico, incoraggiante) è finalizzata alla creazione d'un *ambiente di sostegno* tale da facilitare e consentire l'integrazione delle interpretazioni e da salvaguardare il rapporto analitico anche nei momenti più burrascosi, frequenti soprattutto nel corso del trattamento di pazienti che presentano gravi patologie. La *coppia analitica* costruisce gradatamente un "sovracodice" comunicativo-interattivo, verbale e non verbale, che comprende una *simbologia finzionale*, progressivamente negoziata da entrambe le parti e condivisa all'interno dell'area d'incontro. L'alleanza terapeutica matura gradualmente verso modalità comunicative sempre più evolute: l'analista, attraverso il processo d'incoraggiamento empatico, basato sul *capire e farsi capire* (dal latino *cap re=capire, comprendere, prendere, contenere, invadere*), prova gradatamente a "condividere" l'impenetrabile logica privata del paziente.

Si sviluppa, così, un *rapporto duale*, dinamicamente *creativo* e non *endopsichico*, come si teorizza nella psicoanalisi classica, che consente al paziente di vivere nel *setting* un'"esperienza emotiva nuova, correttiva" delle ferite originarie, che rende possibile un concomitante "intervento interpretativo" in grado di smantellare le "finzioni rafforzate" e di ridefinire progressivamente i confini di un rigenerato Sé-Stile di vita.

## II. *Analisi di un caso*

Sonia è una ragazza di vent'anni che vive in un piccolo paese nella provincia di Torino. Quando giunge al CSM, su invio del medico di base, ha deciso di lasciare la facoltà di Lingue e frequentare il primo anno di Scienze della Formazione. Il motivo della richiesta di presa in carico è l'incapacità di superare una recente rottura della relazione sentimentale iniziata all'età di diciassette anni con un uomo di trentaquattro. Dopo alcuni incontri di *assessment* (colloquio anamnestico, Rorschach, TAT, Wais-R) che mettono in evidenza un tono dell'umore disforico, un Disturbo del comportamento alimentare e un Disturbo di Personalità con tratti evitanti, si propone una Psicoterapia di quaranta sedute unita ad una terapia farmacologica (En, Sereupin). Il caso viene quindi gestito da due terapeuti: una psicoterapeuta referente per il ciclo di sedute e uno psichiatra per la farmacoterapia. La paziente accetta di intraprendere il percorso terapeutico proposto, tuttavia dopo circa un mese interrompe la cura farmacologica senza consultare il medico referente. Fin dalla fase psicodiagnostica emerge una notevole difficoltà di Sonia a ricordare, come se fosse incapace di riflettere e narrare le proprie esperienze di vita e si limitasse ad un resoconto "asettico", privo di emozioni.

Il suo primo ricordo, tuttavia, mostra in modo evidente uno stile di vita connotato da un senso di indeterminatezza e casualità, come se Sonia si sentisse, da sempre, sola, in preda alle "turbolenze" del destino. *«Avevo sette anni, ero alla fermata dell'autobus con mia madre in una giornata di vento. Improvvisamente un foglio arriva fino ai miei piedi. Lo raccolgo per leggerlo, era un volantino del Corelli (Istituto Musicale), dopo averlo letto decido di iscrivermi alla scuola di musica».*

Nonostante l'opinione contraria dei genitori, in seguito a questo episodio, Sonia racconta di aver studiato pianoforte per circa dieci anni raggiungendo un buon livello esecutivo, ma limitando le proprie esibizioni in pubblico, perché non sentiva il desiderio di condividere con altri la propria passione privata. Nelle prime sedute manifesta tristezza, delusione per la relazione sentimentale appena interrotta e umore disforico. Il contenuto di questi primi incontri è completamente occupato dalla descrizione idealizzata di questo uomo, vissuto dalla paziente come "perfetto" per lei. Emerge nuovamente una visione "magica" del mondo, in cui non può essere accettata la separazione, perché è il destino ad aver deciso che le loro strade si incontrassero. Riferisce di rimanere chiusa in camera sua per diverse ore. I rumori, i colori, tutto la infastidisce. Quando è sola manifesta crisi violente in cui urla, si griffia e si strappa i capelli. Soffre di inappetenza e nell'ultimo anno ha avuto un calo ponderale (10 kg), pur non avendo manifestato episodi di vomito autoindotto.

Il clima emotivo risulta in questo momento connotato da vissuti di disperazione e angoscia, accompagnati da una profonda solitudine. Sonia, agli occhi del terapeuta, appare come se fosse una bambina piccola che chiede di essere presa in braccio ed accolta nella sua fragilità. Il terapeuta in questa prima fase sceglie di utilizzare in modo supportivo il proprio controatteggiamento, limitandosi a poche parole che consentano alla paziente di sentirsi contenuta in un contesto emotivo rassicurante e al tempo stesso incoraggiante.

Figlia unica, descrive i genitori come “grossolani e ignoranti”; la madre casalinga è anaffettiva, giudicante, incapace di sviluppare una relazione sincera e utile. Il padre proprietario di un’officina per auto è a sua volta chiuso, ottuso e totalmente incapace di comprensione. Sonia si descrive, da bambina, come un “maschiaccio”, non era attratta dai giochi tipici delle bambine e preferiva giocare da sola. Il racconto della paziente rispetto ai vissuti nei confronti della propria famiglia di origine sembra caratterizzato da rabbia, aggressività e spirito di rivendicazione e dalla sensazione che i propri bisogni non siano mai stati riconosciuti o valutati in modo adeguato. Il terapeuta percepisce la rabbia della paziente manifestata più che con le parole, con l’atteggiamento prossemico, che risulta freddo e distanziante. Sonia descrive il periodo adolescenziale come idilliaco: ha molti amici anche se esclusivamente nell’ambito scolastico e ottimi sono i rapporti con gli insegnanti. Si pone come un’allieva modello, vivace, solare e simpatica. Le relazioni con gli altri, durante la scuola superiore, risultano limitate a contesti conosciuti e rassicuranti (la classe), il passaggio all’Università costituisce, per Sonia, una rottura di un “mondo finzionalmente perfetto” e connotato esclusivamente in senso positivo.

Le emozioni ricordate legate a quel periodo sono cristallizzate in un quadro emotivo idealizzato che suscita nel terapeuta la sensazione di una discordanza tra l’immagine che la paziente propone di sé e quella che si riesce a cogliere nell’esperienza in vivo della relazione terapeutica. Al terapeuta la paziente appare come una bambina che osserva il mondo, chiusa nella sua stanza, da dietro una finestra per evitare di relazionarsi con l’Altro. La meta fittizia costruita dalla paziente è “Io sto bene da sola”, che presuppone l’incapacità di amare l’Altro dovuta ad un mancato sviluppo di Sentimento Sociale. Idealizza il partner per soddisfare un bisogno inconscio di relazione duale. In tal modo attua un’attesa e un’aspettativa magica di un rapporto simbiotico non reale e non creativo. Il terapeuta nell’incontro incoraggiante con il deficit si allea con la paziente e le permette di attivare l’esperienza emozionale correttiva. In tal modo, attraverso l’implementazione della capacità riflessiva e la ri-creazione di più evoluti sistemi di rappresentazione simbolica, la paziente ha la possibilità di ri-costruire nuove esperienze.

Nel corso delle sedute Sonia riprende gli studi universitari che aveva momentaneamente sospeso e riesce ad esprimere verbalmente nella relazione terapeutica i

propri vissuti emotivi angoscianti. Pur riconoscendo la propria difficoltà nel stabilire relazioni autentiche e non idealizzate prova a costruire nuove amicizie con i coetanei e sembra essere meno scoraggiata nei confronti degli altri. Terapeuta e paziente sono riusciti a creare un clima emotivo sufficientemente condiviso in cui, di fronte all'atteggiamento regressivo del paziente, il terapeuta è stato in grado di mantenere una posizione relazionale flessibile, ma al tempo stesso costante e stabile. La relazione terapeutica permette alla paziente di tenere insieme le parti del Sé e di incrementare lo sviluppo del Sentimento Sociale.

Se il terapeuta incontra ed ascolta le emozioni dei pazienti senza una sincera partecipazione e senza una sua personale predisposizione allo stupore, probabilmente, non riuscirà a mettersi in comunicazione con i loro modi di essere e con le loro esperienze di dolore, restituendole nei modi più adeguati alla terapia. Ricondurre le esperienze emozionali nel cuore di ogni incontro psicoterapeutico significa allontanarsi dalla neutralità e immergersi nelle acque agitate del controtransfert, inteso come tutte le risposte emozionali che nascono nella vita interiore di chi cura quando si confronta con chi sta male. A tal proposito sembra significativo il pensiero di Eugenio Borgna [7]: le emozioni dicono quello che si svolge in noi, ma sono anche portatrici di una conoscenza che ci trascina nel cuore di alcune esperienze di vita irraggiungibili dalla conoscenza razionale.

## Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter. Grundzüge einer vergleichenden Individual-Psychologie und Psychotherapie*, tr. it. *Il temperamento nervoso: principi di psicologia italiana comparata e applicazioni alla psicoterapia*, Astrolabio, Roma 2003.
2. ADLER, A. (1924), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1970.
3. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
4. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
5. BORGNA, E. (2001), *L'arcipelago delle emozioni*, Feltrinelli, Milano.
6. BORGNA, E. (2007), Le emozioni nell'orizzonte della fenomenologia, *Riv. Psicol. Indiv.*, 61: 9-16.
7. BORGNA, E. (2009), *Le emozioni ferite*, Feltrinelli, Milano.
8. KANDEL, E. R. (1998), A New Intellectual Framework for Psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, 155: 457-469.
9. RIZZOLATTI, G., SINIGAGLIA, C. (2006), *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni a specchio*, Raffaello Cortina, Milano.
10. SIEGEL, D. J. (1999), *The Developing Mind*, tr. it. *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano 2001.
11. STEIN, E. (1917), *Zum problem der Einfühlung*, tr. it. *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 1985.

Ester De Donatis  
Via Conte E. Brunetta, 11  
I-10060 Usseaux (TO)