

I momenti ora possono verificarsi quando il setting terapeutico tradizionale rischia di essere o viene effettivamente violato.

Per esempio:

- se il paziente in analisi interrompe lo scambio e chiede: “Mi ama?”;
- quando il paziente ha portato il terapeuta a fare qualche cosa al di fuori dell’ordinario (terapeutico), per esempio quando il paziente dice qualche cosa di molto divertente ed entrambi scoppiano in una lunga risata fragorosa;
- quando paziente e terapeuta si incontrano per caso in un contesto diverso, per esempio facendo la fila a teatro, e ha luogo oppure no un nuovo movimento interattivo e intersoggettivo;
- quando, nella vita reale del paziente, è successo qualche cosa di molto importante che secondo il senso comune impone un riconoscimento e una reazione.

Non dimentichiamo che ci troviamo di fronte a un processo dinamico complesso in cui soltanto una delle numerose componenti potrebbe cambiare in modo lento e progressivo nel corso della fase preparatoria; tale cambiamento potrebbe essere quasi impercettibile prima di raggiungere una determinata soglia che, improvvisamente, minaccia di modificare il contesto di funzionamento delle altre componenti. Sul piano concettuale, i momenti ora rappresentano la soglia di una proprietà emergente dell’interazione, in particolare di un “momento di incontro”.

I momenti ora più interessanti sorgono quando il paziente fa qualche cosa che è difficile catalogare, qualche cosa che richiede una reazione nuova e diversa, contraddistinta da una firma personale che fa condividere al paziente lo stato soggettivo dell’analista (affetti, fantasie, esperienze reali ecc.). Se tutto ciò avviene, entrambi entreranno in un vero e proprio “momento di incontro”. Durante il “momento di incontro”, tra di loro si instaurerà un nuovo contatto intersoggettivo, nel senso che si determina un cambiamento nella “relazione implicita condivisa”.

Il “momento di incontro”

Un momento ora che venga colto dal punto di vista terapeutico e compreso da entrambi è un “momento di incontro”. Come avviene nella relazione genitore-bambino, il “momento di incontro” è molto specifico; nella costruzione del “momento di incontro”, ciascun partner ha apportato attivamente un contributo unico e autentico di se stesso come persona (non unico in termini di teoria o di tecnica terapeutica). Quando il terapeuta (soprattutto), ma anche il paziente, è alle prese con il momento ora, lo esplora e lo vive, questo può diventare un “momento di incontro”. La creazione di un “momento di incontro” è frutto di alcuni elementi essenziali. Il terapeuta deve

usare un aspetto specifico della propria individualità, un aspetto che porta una connotazione personale. I due soggetti si incontrano in quel momento come persone relativamente svelate, non nascoste dietro ai loro rispettivi e ordinari ruoli in terapia. Inoltre, le azioni che costituiscono il “momento di incontro” non possono essere consuete, abituali o tecniche; devono essere nuove e forgiate per soddisfare la particolarità del momento. Ciò implica naturalmente una certa dose di empatia, un’apertura a una nuova valutazione affettiva e cognitiva, il segnale di una sintonizzazione affettiva, un punto di vista che rispecchia e ratifica che ciò che sta avvenendo appartiene al campo della “relazione implicita condivisa”, cioè a uno stato diadico inedito, specifico dei partecipanti.

Il “momento di incontro” è l’evento nodale di questo processo, poiché è il punto in cui viene modificato il contesto intersoggettivo, cambiando così la conoscenza relazionale implicita rispetto alla relazione paziente-terapeuta. Anche altri autori hanno riconosciuto che il “momento” svolge un ruolo trasformativo fondamentale. Questo concetto è stato proposto anche da Lachmann e Beebe (1996), mentre Ehrenberg ha sottolineato che il suo lavoro terapeutico trasformativo si attua proprio durante momenti soggettivi intimi (1992).

A questo punto un esempio può aiutarci a chiarire meglio il concetto. Molly, una signora sposata sui trentacinque anni, entrò in analisi a causa della scarsa autostima focalizzata sul suo corpo, sulla sua incapacità di perdere peso e sulla sua forte angoscia di poter perdere le persone più care. Era la seconda di due figlie. Poiché la sorella maggiore, da piccola, era stata colpita dalla poliomielite, i genitori davano grande importanza al corpo sano di Molly. Quando era piccola le chiedevano di ballare per loro e la guardavano con ammirazione.

Iniziò la seduta parlando di “cose del corpo” e disse che, nel tragitto prima di arrivare, aveva avuto sensazioni di eccitazione sessuale e un eccesso di rabbia nei confronti dell’analista: “Ho l’immagine di lei seduta appoggiata allo schienale che guarda con aria di superiorità”. Più avanti nella seduta, Molly ricordò i genitori che la guardavano ballare e si chiese se ci fosse anche in loro una forma di eccitazione sessuale: “Se lo volevano anche loro”. Seguì una lunga discussione sulla sua esperienza corporea, sugli esami fisici, sulla paura che nel suo corpo ci fosse qualche cosa che non andava e sulle sue sensazioni corporee. Poi, dopo un silenzio prolungato, Molly disse: “Adesso mi chiedo se lei mi sta guardando” (il momento ora inizia qui).

L’analista si sentì colta alla sprovvista, messa sotto ai riflettori. Si chiese subito se rimanere in silenzio o dire qualche cosa. Se fosse stata zitta, Molly si sarebbe sentita abbandonata? Ripetere la frase di Molly (“Si chiede se la sto guardando”) sarebbe stato maldestro e avrebbe dato un’impressione di distacco. Tuttavia, intervenire con un’osservazione le sembrava rischioso. Le implicazioni sessuali erano così intense che esplicitarle sarebbe equival-

so a portarle troppo vicino all'azione. Prendendo atto del proprio disagio e cercando di capirne la provenienza, l'analista capì che era emersa la problematica del dominio e si rese conto di avere la sensazione di essere stata invitata ad assumere "una posizione di superiorità" o a sottomettersi a Molly. A questo punto delle sue riflessioni, si sentì improvvisamente libera di reagire spontaneamente e di comunicare a Molly la sua effettiva esperienza.

Le disse: "Sembra quasi che lei stia cercando di attirare i miei occhi su di lei". "Sì" replicò Molly con avidità. (Queste due frasi costituiscono il "momento di incontro".) "È una sensazione mista", disse l'analista; "Non c'è niente di sbagliato nel desiderare", le rispose Molly. "Giusto", concordò l'analista e Molly aggiunse: "Il fatto è che ci vogliono due persone per gestire la situazione". "All'inizio certamente" le rispose l'analista e Molly proseguì: "Pensavo proprio questo... È bello pensarci adesso... E riesco effettivamente ad avvertire un po' di compassione". "Per se stessa?" le chiese l'analista; "Sì" rispose Molly. "Ne sono contenta" concluse l'analista.

In questo scambio si è verificato un incontro intersoggettivo, perché l'analista ha usato il proprio travaglio interno per capire la paziente e cogliere il momento ora, rispondendo in modo specifico e onesto "Sembra quasi (resta sottinteso 'a me, come persona specifica') che lei stia cercando di attirare i miei occhi su di lei": questa frase ha trasformato il momento ora in un "momento di incontro". Qui succede qualche cosa di diverso rispetto alle diverse reazioni possibili, tecnicamente corrette, che lasciano fuori dal quadro la specificità dell'analista come persona in quel momento preciso, per esempio frasi come: "Succedeva questo con i suoi genitori?", oppure: "Mi dica che cosa ha immaginato".

Interpretazioni relative ai "momenti di incontro"

I "momenti ora" possono anche portare direttamente a un'interpretazione e, a sua volta, l'interpretazione può portare a "momenti di incontro" o viceversa. Un'interpretazione tradizionale riuscita permette al paziente di vedere se stesso, la sua vita e il suo passato in maniera diversa. Questa presa di coscienza è sempre accompagnata dalla presenza di affetti. Se l'interpretazione viene presentata in modo da trasmettere la partecipazione affettiva dell'analista, potrebbe anche essersi verificato un "momento di incontro". Sander (1997) vede questa eventualità come la combinazione delle specificità di due sistemi che sono in risonanza e sintonizzati l'uno all'altro. Questo fenomeno è analogo alla sintonizzazione affettiva osservata nelle interazioni genitore-bambino (Stern, 1985).

Immaginiamo che l'analista faccia un'ottima interpretazione al momento giusto. Questa produrrà un effetto sul paziente, magari un silenzio, oppure un "Ah" o, più spesso, qualche cosa del tipo: "Sì, è proprio così". Se l'analista non riesce a trasmettere la propria partecipazione affettiva (anche con

una risposta semplicissima come: “Sì, per lei lo è stato”, detta però con una connotazione personale che proviene dal proprio vissuto), il paziente potrebbe presumere o immaginare che l’analista abbia semplicemente applicato la tecnica. Questo impedirebbe a una nuova e importante esperienza di modificare l’ambiente intersoggettivo noto e, di conseguenza, l’interpretazione risulterebbe molto meno efficace.

In senso stretto, un’interpretazione può chiudere un momento ora “spiegandolo” ulteriormente, elaborandolo o generalizzandolo. Tuttavia, se il terapeuta non va oltre la mera interpretazione, se non fa qualche cosa per chiarire la sua reazione e per fare capire che riconosce che il paziente ha avvertito un cambiamento nella relazione, allora non si creerà alcun nuovo contesto intersoggettivo. Un’interpretazione sterile può anche essere formulata bene e correttamente, ma probabilmente non arriverà a destinazione e non metterà radici. Gli psicoanalisti migliori lo sanno e fanno quel qualche cosa in più, magari considerandolo parte dell’interpretazione. Ma non lo è, ed è proprio questo il problema teorico che dobbiamo affrontare. Se il raggio d’azione dell’interpretazione diventa troppo ampio e mal definito, i problemi teorici si rivelano inestricabili.

A questo riguardo è necessario fare una distinzione. Un momento ora può sorgere, e spesso surge, intorno a materiale transferale, per essere risolto mediante un’interpretazione tradizionale. Se questa interpretazione viene data in maniera “autentica”, in che cosa si differenzia da un “momento di incontro”? È diversa proprio per questo motivo. In un’interpretazione tradizionale, che comporta anche materiale transferale, il terapeuta come persona, così com’è nella sua mente, non viene scoperto, né messo in gioco. E neppure la relazione implicita condivisa viene chiamata allo scoperto per essere verificata. Vengono invece messe in gioco la comprensione e la risposta terapeutica presenti nel ruolo analitico. È difficile definire il significato di “autentico” in questo contesto. In un’interpretazione transferale “autentica”, non dovrebbe esserci un “momento di incontro” tra due persone più o meno spogliate del rispettivo ruolo terapeutico. Se ci fosse, l’atto del terapeuta, in risposta all’atto transferale del paziente, assumerebbe il carattere di un controtransfert. Al contrario in un “momento di incontro” gli aspetti transferali e controtransferali sono ridotti al minimo, mentre viene messa in gioco l’umanità dei due partner, relativamente liberi dai vincoli del loro ruolo. Non è certo facile valutare la relativa mancanza di transfert e controtransfert e la relativa presenza di due persone che fanno l’esperienza l’uno dell’altro al di fuori dei rispettivi ruoli professionali prescritti, ma tutti siamo consapevoli di questi momenti, a patto che ne accettiamo l’idea stessa. Torneremo ancora su questo punto più avanti.

Lo “spazio aperto”

Come nella sequenza evolutiva, la nostra ipotesi è che, nella situazione terapeutica, i “momenti di incontro” lascino dietro di sé uno “spazio aperto” in cui la variazione dell’ambiente intersoggettivo crea un nuovo equilibrio, un “distacco”, determinando un’alterazione o una riorganizzazione dei processi difensivi. Diventa così possibile la creatività individuale, l’*agency* che emerge nella configurazione dello spazio aperto dell’individuo, poiché la “conoscenza relazionale implicita” del paziente è stata liberata dai vincoli imposti da ciò che è abituale (Winnicott, 1957).

Altri destini del “momento ora”

Se il “momento ora” non viene colto per trasformarsi in un “momento di incontro” o in un’interpretazione, può incorrere in altri destini e diventare:

1. Un “momento ora mancato”

Un “momento ora mancato” è un’opportunità persa. Gill ce ne offre un esempio vivido: “In una delle mie analisi personali [...] una volta fui abbastanza audace da dire: ‘Scommetto che il mio contributo alla psicoanalisi sarà maggiore del suo’. Quando l’analista rispose: ‘Non ne sarei sorpreso nemmeno un po’ quasi rotolai giù dal divano. Devo anche riferire con rammarico che lo scambio non venne ulteriormente analizzato, almeno in questa analisi” (1994, p. 114). Pensiamo che intendesse dire che questo scambio non fu discusso oltre. In questo caso, ci si è lasciati scappare un momento che non ci verrà più restituito.

2. Un “momento ora fallito”

In un “momento ora fallito” della terapia si verifica qualche cosa di potenzialmente distruttivo. Se si è riconosciuto un momento ora che, però, non viene accettato sul piano intersoggettivo, si può mettere a repentaglio l’andamento della terapia. Se il fallimento non viene riparato, sono due le conseguenze più gravi che possono prodursi: una parte del terreno intersoggettivo viene chiusa alla terapia, come se si dicesse: “Lì non possiamo andare”, oppure, cosa ancora peggiore, il senso e la natura fondamentale della relazione terapeutica viene messa talmente in serio dubbio che la terapia non può più proseguire (indipendentemente dal fatto che venga effettivamente abbandonata).

David, un giovane uomo entrato in analisi, trascorsi alcuni mesi, durante una seduta stava parlando di una grave ustione che fin da bambino gli ricopriva buona parte del torace; David rifletteva su come ciò avesse potu-

to ripercuotersi sul suo sviluppo successivo. In costume o in bermuda era chiaramente visibile una cicatrice deturpante; questo gli aveva provocato grande imbarazzo ed era diventato il punto focale di varie problematiche riguardo il proprio corpo. Senza pensare, David abbassò le mani e cominciò a tirare su la camicia dicendo: “Ecco, le faccio vedere, così capirà meglio”. Improvvisamente, prima che David avesse scoperto la cicatrice, l’analista intervenne: “No! Fermo! Non è necessario!”. Entrambi furono sorpresi dalla reazione dell’analista.

In seguito David e l’analista convennero che ciò non era stato d’aiuto. David sentiva però, e lo disse all’analista, che la reazione di quest’ultimo avesse accentuato il fallimento perché, anziché riconoscere di essere dispiaciuto di avere reagito così con David, disse soltanto che la sua prestazione era stata inferiore al suo standard.

3. Un “momento ora riparato”

È possibile riparare i momenti ora falliti restando o tornando su di essi. Di per sé, la riparazione può essere positiva. Quasi per definizione, la riparazione di un “momento ora fallito” accompagnerà la diade in uno o più “momenti ora” nuovi.

4. Un “momento ora segnalato”

Un “momento ora” può essere contraddistinto da un’etichetta. Si tratta di etichette non facili da trovare, perché gli stati diadici implicati, in effetti, non hanno un nome e sono entità estremamente sottili e complesse. In genere vengono chiamati, per esempio, “il momento quando lei... E io...”. Segnarle con un’etichetta è molto importante, non solo perché aiuta a ricordarli e a usarli, ma anche perché aggiunge un altro strato alla comunanza di questa creazione interpersonale. Assegnare un’etichetta può anche servire ad affrontare solo parzialmente un momento ora quando emerge per la prima volta, senza correre il rischio di perderlo o di mancarlo. In questo modo, si può riuscire a prendere tempo per la terapia.

5. Un “momento ora persistente”

A volte emerge un momento ora che non riesce a essere risolto/rivelato/condiviso immediatamente, ma che non scompare. Rimane nell’aria per molte sedute, addirittura per settimane. Non può succedere nient’altro finché non verrà determinato il suo destino. Questi momenti ora persistenti non sono necessariamente dei fallimenti. Possono derivare da situazioni che non consentono le normali soluzioni, perché i tempi non sono maturi, perché non si è pronti o perché l’incontro intersoggettivo necessario è troppo complesso

per essere contenuto in un'unica transazione. In tal senso, questi momenti possono anche tentare di prendere tempo. In genere si risolvono con un altro "momento ora" che include il "momento ora persistente". Tratteremo ancora questo aspetto più avanti.

LA "RELAZIONE IMPLICITA CONDIVISA" COME LUOGO DELL'AZIONE TRASFORMATIVA IN TERAPIA

Torniamo ora alla domanda posta all'inizio di questo capitolo, e cioè: in quale ambito della relazione tra terapeuta e paziente si verifica il "momento di incontro" e viene modificata la conoscenza implicita? La nostra ipotesi è che tutto ciò avvenga nella "relazione implicita condivisa".

L'idea di una qualsivoglia relazione in analisi che non sia prevalentemente di natura transferale/controtransferale è sempre stata fastidiosa. Molti analisti sostengono che, in questa situazione clinica, tutta la relazionalità è permeata da sentimenti e da interpretazioni transferali e controtransferali, comprendendo anche fenomeni intermedi quali l'alleanza terapeutica e i concetti a essa relativi. Tuttavia, altri ritengono che un senso di relazionalità più autentico costituisca lo sfondo di esperienza necessario, senza il quale il transfert non può essere percepito e tanto meno modificato (Thomä, Kächele, 1987).

La "relazione implicita condivisa" è costituita dalle conoscenze implicite condivise basate su una relazione che esiste indipendentemente, ma parallelamente, alla relazione transferale-controtransferale e ai ruoli psicoanalitici assegnati. Mentre ciascun partner ha una conoscenza implicita della relazione che è sua specifica, l'area di sovrapposizione tra i due soggetti forma ciò che noi chiamiamo relazione implicita condivisa. (Questa relazione implicita condivisa non è mai simmetrica.)

Il grande rilievo da noi attribuito al ruolo della "relazione implicita condivisa" ci ha colti di sorpresa, in quanto siamo giunti a questa conclusione dopo avere capito la natura dei "momenti di incontro". Poiché un "momento di incontro" può verificarsi soltanto quando accade qualche cosa di personale, condiviso, esterno o aggiuntivo rispetto alla "tecnica", e soggettivamente nuovo rispetto al funzionamento abituale, siamo stati costretti a riesaminare completamente il campo delle relazioni implicite condivise.

Riteniamo che l'infant research abbia semplificato l'esame della relazione implicita condivisa, mettendo in evidenza che la comunicazione affettiva e l'intersoggettività sono presenti praticamente fin dall'inizio della vita postnatale (Tronick, 1989; Lachmann, Beebe, 1996). Si ritiene che bambino e caregiver siano entrambi in grado di esprimere affetti e di comprendere le espressioni affettive dell'altro. Il primo sistema di comunicazione continua a funzionare nel corso della vita e, nel nostro campo, ha riscosso ancora maggiore interesse sotto l'etichetta di "non verbale". D'accordo con Stechler (1996),

pensiamo che, nonostante la nostra responsabilità professionale ci proibisca di condividere lo stesso spazio vitale del paziente, è inesatto presupporre che il complesso essere emotivo dell'analista possa (o debba) essere tenuto lontano dalle sensibilità del paziente, sensibilità basate sul funzionamento di un sistema altamente complesso che è sempre in funzione. È nostra opinione che il funzionamento di questo sistema costruisca la "relazione implicita condivisa", basata sul coinvolgimento personale dei due soggetti, creata progressivamente nel campo dell'intersoggettività e della conoscenza implicita. Questo coinvolgimento personale viene costruito nel corso del tempo e assume una propria storia. Esso implica aspetti basilari che esistono indipendentemente e permangono più a lungo delle distorsioni prodotte dal prisma del transfert-controtransfert, terapeuticamente più labili, e comprende percezioni più o meno accurate della persona del paziente e del terapeuta. Quando parliamo di incontro "autentico", intendiamo una comunicazione che rivela un aspetto personale del Sé, evocato nella risposta affettiva nei confronti dell'altro. A sua volta, questo incontro rivela all'altro un marchio personale, così da creare un nuovo stato diadico specifico dei due partecipanti.

Abbiamo chiamato "relazione implicita condivisa" l'insieme di queste conoscenze stabili e implicite tra analista e paziente, di queste percezioni e comprensioni reciproche. Tali conoscenze resistono alle fluttuazioni della relazione transferale e potrebbero persino essere rilevate anche con la microanalisi da un terzo che osservi l'interazione tra i due partner, creando così un evento "oggettivo".

Le nostre riflessioni sul "momento di incontro" e sul ruolo che svolge nel modificare la conoscenza implicita ci hanno spinti a concentrarci e a esaminare la relazione implicita condivisa. Questo proprio a causa di alcune caratteristiche del "momento di incontro".

1. Il "momento di incontro" è contraddistinto da un senso di allontanamento dal modo in cui solitamente si conduce la terapia. È qualcosa di nuovo che accade, che la cornice solita non può spiegare né comprendere. È il contrario della normale amministrazione.
2. Non può essere supportato, né soddisfatto se l'analista reagisce in un modo che il paziente avverte come meramente tecnico. L'analista deve rispondere con qualche cosa che venga vissuto come specifico della relazione con il paziente, che esprima l'esperienza personale dell'analista e che porti il suo marchio.
3. Un "momento di incontro" non può realizzarsi con un'interpretazione di transfert. È necessario accedere ad altri aspetti della relazione.
4. Si tratta di affrontare "ciò che sta succedendo qui e ora tra noi", ponendo l'accento soprattutto sull'"ora" a causa dell'immediatezza affettiva. Richiede riposte spontanee e viene messo in atto nel senso che analista e paziente diventano contemporaneamente oggetti l'uno dell'altro.

5. Il “momento di incontro”, con il suo caratteristico impegno verso “ciò che sta succedendo qui e ora tra noi”, potrebbe anche non essere mai esplicitato verbalmente, ma può esserlo, dopo il fatto.

Tutte queste considerazioni spingono il “momento di incontro” in un campo che trascende, ma non annulla, la relazione “professionale” e che si libera parzialmente dei significati reconditi transferali-controtransferali.

Sebbene questo vada oltre lo scopo del presente capitolo, desideriamo però sottolineare quanto sia necessario approfondire lo studio della “relazione implicita condivisa”.

RIEPILOGO E DISCUSSIONE

Mentre l'interpretazione è vista tradizionalmente come l'evento fondamentale che agisce all'interno della relazione transferale, su di essa, ed è in grado di cambiarla, modificando l'ambiente intrapsichico, è nostra opinione che i “momenti di incontro” costituiscano l'evento nodale che agisce all'interno della “relazione implicita condivisa”, su di essa, e sono in grado di cambiarla, modificando la conoscenza implicita, sia intrapsichica sia interpersonale. Entrambi questi processi complementari hanno carattere trasformativo, ma impiegano meccanismi di cambiamento diversi in ambiti di esperienza diversi.

Nell'intento di favorire l'indagine e la ricerca clinica, abbiamo cercato di fornire una terminologia descrittiva dei fenomeni legati a questi momenti che creano la “relazione implicita condivisa”.

Si noti che, talvolta, nell'effettivo processo di interazione della situazione terapeutica è difficile distinguere il cambiamento che interviene nella conoscenza relazionale implicita e quello che riguarda invece la conoscenza verbale conscia attraverso l'interpretazione. La “relazione implicita condivisa” e la relazione transferale procedono in parallelo, intrecciandosi e alternandosi nell'occupare una posizione di primo piano. Tuttavia, ai fini della relazionalità, è indispensabile che l'elaborazione della conoscenza implicita sia continua; mentre l'interpretazione è un evento di punteggiatura.

Dal nostro punto di vista, le basi della “relazione implicita condivisa” si trovano nel processo originario della comunicazione affettiva, radicata nelle primissime relazioni. Riteniamo che essa sia costituita in gran parte da conoscenza implicita e che i cambiamenti che avvengono in questa relazione possano produrre effetti terapeutici duraturi. Nel corso di un'analisi, la conoscenza implicita relazionale verrà in parte trascritta, lentamente e scrupolosamente, nella conoscenza esplicita conscia. Resta ancora da capire in quale misura. Tuttavia, ciò non equivale a rendere conscio l'inconscio, come ha sempre asserito la psicoanalisi. La differenza sta nel fatto che la

conoscenza implicita non viene resa inconscia dalla rimozione e non viene resa disponibile sul piano conscio se si elimina la rimozione. Il processo attraverso il quale la conoscenza rimossa accede alla coscienza è decisamente diverso da quello che permette alla conoscenza implicita di diventare consapevole. Sono processi che richiedono teorizzazioni diverse e che potrebbero anche necessitare di procedure cliniche diverse, cosa che avrebbe implicazioni tecniche importanti.

Il modello proposto è incentrato sui processi anziché sulla struttura e deriva dall'osservazione dell'interazione bambino-caregiver e dalla teoria dei sistemi dinamici. In questo modello è presente un processo reciproco nel quale, nella relazione implicita, il cambiamento avviene nei "momenti di incontro" attraverso modificazioni dei "modi di stare con". Non corregge i fallimenti empatici del passato attraverso l'attività empatica analitica. Non colma un'insufficienza del passato. Nella relazione si crea invece qualche cosa di nuovo che modifica l'ambiente intersoggettivo. L'esperienza passata viene ricontestualizzata nel presente, cosicché il soggetto arriva a operare con uno scenario mentale diverso, che produce nuovi comportamenti e nuove esperienze nel presente e nel futuro.

La nostra posizione sulla regolazione reciproca nella situazione terapeutica è analoga a quella descritta da Lachmann e Beebe (1996). L'idea secondo cui un "momento ora" possa potenzialmente diventare un "momento di incontro" è diversa dall'idea di "momenti affettivi intensi" proposta da questi due autori; da parte nostra, abbiamo cercato di fornire una terminologia e una descrizione sequenziale dettagliata del processo che precede e che segue questi momenti privilegiati.

Come molti altri pensatori contemporanei, riteniamo che sia fondamentale il cambiamento di uno stato diadico, ma ne collochiamo l'emergere nel "momento di incontro" tra i due soggetti in interazione. La nostra posizione è simile a quella di Mitchell (1993) e Stolorow e Atwood (1992). Noi andiamo però oltre, poiché consideriamo che gran parte dell'ambiente intersoggettivo appartenga alla conoscenza relazionale implicita, che si costruisce nella relazione implicita condivisa nel corso della terapia. Il processo di cambiamento si svolge dunque nella relazione implicita condivisa. Infine, ci aspettiamo che questa visione della modificazione della conoscenza relazionale implicita durante i "momenti di incontro" aprirà nuove e feconde prospettive sul cambiamento terapeutico.

2

La conoscenza relazionale implicita

Un concetto centrale nel cambiamento psicoterapeutico

PARTE I. LA CONOSCENZA RELAZIONALE IMPLICITA: IL SUO RUOLO NELLO SVILUPPO E NELLA TERAPIA PSICOANALITICA¹

Da tempo vi è un certo consenso sul fatto che sia necessario “qualcosa in più” dell’interpretazione nelle terapie psicoanalitiche per portare il cambiamento. L’interpretazione, nel senso di rendere consci gli impulsi e le fantasie rimosse, può non essere di per sé sufficiente. Allora *come fanno* le terapie psicoanalitiche a produrre cambiamento? I membri del Boston Change Process Study Group (BCPSG) hanno cominciato a incontrarsi all’inizio del 1995 per riflettere su come sviluppare un linguaggio e una serie di costrutti per iniziare a teorizzare il “qualcosa in più” necessario perché l’incontro terapeutico catalizzi il cambiamento. Questa serie di lavori è la prima presentazione del nostro tentativo di mettere insieme i punti di forza congiunti della ricerca sull’età evolutiva, della teoria dei sistemi, e dell’osservazione ravvicinata del processo clinico. Consideriamo la cornice qui presentata come un lavoro in evoluzione, che necessita di ulteriore elaborazione e di revisioni. Lo presentiamo nella speranza di stimolare il dialogo necessario in questo campo per raggiungere una sintesi interdisciplinare di ricerca scientifica, teoria clinica e osservazione.

Nelle nostre prime discussioni eravamo colpiti dall’osservazione che la maggior parte dei pazienti ricordano “momenti speciali” di connessione autentica da persona-a-persona con i loro terapeuti, momenti che hanno cambiato la loro relazione con lui/lei e di conseguenza il senso di loro stessi. Crediamo che questi momenti di incontro intersoggettivo costituiscano una parte centrale del processo di cambiamento. Pensiamo anche che il ruolo di tali momenti nel cambiamento terapeutico possa essere meglio compreso in relazione a concetti tratti dalla recente infant research e dalle attuali teorie dei sistemi.

Quando affrontammo il problema del cambiamento usando i costrutti tradizionali della teoria psicoanalitica, ci risultò chiaro che avremmo dovuto concettualizzare due tipi di processi distinti di rappresentazione. Chiamame-

1. Originariamente pubblicato su *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 1998, pp. 282-289.

remo il primo tipo di rappresentazione semantica e il secondo tipo procedurale. Stiamo attingendo a distinzioni fatte da Kihlstrom e Cantor (1983) e altri psicologi cognitivi, ma adattandole ai nostri bisogni. Le rappresentazioni procedurali sono rappresentazioni basate sulla regola di come procedere e di come fare le cose. Tali procedure, come per esempio il saper andare in bicicletta, non possono mai essere codificate simbolicamente. Più rilevante per noi rispetto all'andare in bicicletta è il campo del saper come fare le cose con gli altri. Anche molta di questa conoscenza è procedurale, come per esempio sapere come scherzare, come esprimere l'affetto, o attirare l'attenzione nell'infanzia. Questo sapere procedurale riguardante come fare le cose con gli altri lo abbiamo chiamato *conoscenza relazionale implicita*. Nell'usare questo termine vogliamo differenziare la conoscenza relazionale implicita da altre forme di sapere procedurale ed enfatizzare che queste "conoscenze" sono tanto affettive quanto cognitive. Questa conoscenza relazionale implicita inizia a essere rappresentata in una sorta di forma ancora-da-conoscere molto prima di disporre della capacità di usare il linguaggio e continua a operare in maniera implicita per tutta la vita. La conoscenza relazionale implicita tipicamente opera fuori dal focus dell'attenzione e dell'esperienza conscia, senza beneficiare della traduzione nel linguaggio. Il linguaggio è usato al servizio di questo sapere ma le conoscenze implicite che governano le interazioni intime non sono basate sul linguaggio e non sono tradotte normalmente in forma semantica.

Il riconoscimento di tale sistema di rappresentazione basato sul non simbolico è stato un contributo centrale dell'infant research (per esempio, Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978; Beebe, Lachmann, 1994; Tronick, 1989). Nel nostro pensiero la conoscenza relazionale implicita sussume quelle che sono note come relazioni d'oggetto interiorizzate. Il termine più vecchio – relazioni d'oggetto interiorizzate – ha il connotato di prendere dall'esterno, piuttosto che di co-costruzione, e di metter dentro un'altra persona, piuttosto che di rappresentare un pattern di regolazione reciprocamente costruito (Tronick, 1989). Il vecchio termine è pure più identificato con la letteratura sul patologico piuttosto che sulla relazionalità adattiva ed è più spesso usato per riferirsi alle passate relazioni e alla loro attivazione nel transfert piuttosto che a modelli di rappresentazione più generali, a cui continuamente si accede e che vengono aggiornati negli incontri quotidiani.

Perciò vediamo la conoscenza relazionale implicita come un costrutto che innalza "le relazioni d'oggetto interiorizzate" a una concezione di sistemi di rappresentazione più generali. In questa concezione, la conoscenza relazionale implicita comprende le conoscenze normali e patologiche e integra le dimensioni cognitive, comportamentali, di fantasia e affettive. Le rappresentazioni procedurali implicite diventeranno più articolate, integrate, flessibili e complesse in condizioni di sviluppo favorevoli perché la conoscenza relazionale implicita è costantemente aggiornata e "ri-conosciuta" in

quanto a essa si attinge nelle interazioni quotidiane (così come formulato al livello della selezione dei gruppi neuronali da Edelman, 1987).

In un contesto terapeutico, alcune piccole aree della conoscenza relazionale implicita possono diventare oggetto di articolazione verbale e/o di interpretazione di transfert. Tuttavia, le aree che vengono consciamente enunciate saranno soltanto una piccola parte del totale delle procedure implicite in atto del paziente (e/o del terapeuta) nelle relazioni. Sebbene queste “conoscenze” siano spesso non rappresentate simbolicamente, esse sono anche non necessariamente dinamicamente inconscie, nel senso di essere difensivamente escluse dalla consapevolezza. La conoscenza relazionale implicita, allora, opera ampiamente fuori dall’ambito della coscienza verbale e dell’inconscio dinamico. Tuttavia, sebbene usiamo il termine nel corso di questi capitoli, lo vediamo come una definizione operativa che avrà bisogno di ulteriore revisione (per una discussione più piena e radicata nel campo evolutivo, vedi Lyons-Ruth, 1999).

In aggiunta alla conoscenza relazionale implicita, avevamo bisogno di due ulteriori costrutti per parlare del cambiamento terapeutico che non è basato sull’interpretazione. Il secondo costrutto era quello di “relazione reale” (un altro termine che deve pure essere visto come provvisorio; vedi Morgan et al., 1998). Il terzo costrutto era la nozione di “momenti di incontro”.

Definiremo “relazione reale” il campo intersoggettivo costituito dall’intersezione della conoscenza relazionale implicita di terapeuta e paziente. Questo campo si estende al di là del campo del transfert-controtransfert per includere l’impegno personale autentico e il rilevamento ragionevolmente accurato dell’attuale “modo di stare con” di ciascuna persona. Etichettare questo campo intersoggettivo “relazione reale” serve anche a differenziarlo dalle componenti psicoanalitiche della relazione in cui le rappresentazioni semantiche sono elaborate attraverso interpretazioni verbali.

In contrasto con visioni più tradizionali, sentiamo che la relazione reale è anche soggetta a cambiamento terapeutico attraverso processi che alterano il campo intersoggettivo direttamente. Nella teoria tradizionale, l’interpretazione è vista come l’evento semantico che riorganizza la comprensione del paziente. Proponiamo che un “momento di incontro” è l’evento *transazionale* che riorganizza la conoscenza relazionale implicita del paziente, riorganizzando il campo intersoggettivo tra paziente e terapeuta, ciò a cui Tronick e collaboratori (1998) si riferiscono come a uno stato diadico di coscienza.

Cosa intendiamo per “momento di incontro”? Un momento di incontro si verifica quando il duplice obiettivo delle azioni complementari adatte e del riconoscimento intersoggettivo vengono improvvisamente realizzati. I momenti di incontro vengono costruiti congiuntamente, e richiedono che ognuno dei partner contribuisca fornendo qualcosa di unico. Sander (1995b) ha osservato che la caratteristica essenziale di questi momenti è il fatto che ci sia uno specifico riconoscimento della realtà soggettiva dell’al-

tro. Ciascun partner coglie e ratifica una versione simile di “ciò che sta accadendo ora tra noi”.

I momenti di incontro catalizzano il cambiamento nell'interazione bambino-genitore così come in psicoterapia. Nel processo di sviluppo infantile, la conoscenza relazionale implicita comprende la ricorrente mappatura dei movimenti regolatori reciproci tra bambino e caregiver (Tronick, 1989). Questi movimenti regolatori passano a negoziare una serie di sfide emergenti nel corso dei primi anni di vita, come descritto da teorici quali Sander (1962) e Stern (1985). Nel corso di questa continua regolazione reciprocamente costruita, il campo interattivo tra bambino e caregiver diventa più complesso e ben articolato, facendo emergere la possibilità di nuove forme di interazione. Per esempio, una volta che le attese ripetute delle mosse di ciascun partner nel gioco del cucù sono stabilite, il palcoscenico è pronto perché entrambi i partner possano “giocare” con quella forma violando le attese stabilite. Questo reciproco senso della possibilità emergente di nuove forme di interazione che si ha tra i due partecipanti crea un intensificarsi dell'affetto. Beebe e Lachmann (1994) hanno richiamato l'attenzione sull'importanza dei “picchi d'affetto” come uno dei tre principi di salienza nei primi periodi dello sviluppo e nel trattamento psicoanalitico. Vorremmo elaborare ulteriormente questo concetto legando l'affetto accresciuto a un senso di nuove possibilità emergenti nel campo interattivo. Nel caso positivo, queste nuove possibilità interattive creerebbero una regolazione intersoggettiva più complessa e coerente integrando le nuove capacità evolutive del neonato o raggiungendo un adattamento maggiormente pieno e soddisfacente alle sue attuali capacità e potenzialità affettive.

La transizione a un sistema di regolazione reciproca più completa e dunque coerente ruota attorno a un momento di incontro tra genitore e bambino. Questi momenti di riconoscimento intersoggettivo mutato segnano un cambiamento nella gamma di regolazione raggiungibile tra i due partner. Essi segnalano un'apertura all'elaborazione di nuove iniziative. Nuove forme di esperienza condivisa possono ora essere elaborate attorno a forme di *agency* precedentemente non riconosciute. La conoscenza relazionale implicita dei due partner ne verrà di necessità alterata. La nuova potenzialità non soltanto viene messa in atto, ma anche rappresentata come una possibilità futura. Tronick e collaboratori (1998) approfondiscono questo tema della regolazione più completa e coerente collegata a un momento intersoggettivo di incontro nella loro discussione degli stati di coscienza diadicamente ampliati.

Questi concetti possono essere illustrati nel campo degli studi sull'età evolutiva con la descrizione di una breve osservazione su una giovane madre con la sua bambina di 18 mesi. Come dimostra molta letteratura sull'attaccamento, le strategie del neonato per negoziare un contatto confortante con il caregiver sono costruire come una serie di negoziazioni reciproca-

mente regolate con i genitori e sono una delle forme meglio documentate di conoscenza relazionale implicita dispiegate durante i primi due anni di vita (per una rassegna, vedi Bretherton, 1988; Lyons-Ruth, Zeanah, 1993). Come parte del modello della Ainsworth per valutare le strategie di approccio del genitore da parte del bambino, madre e bambino sono stati osservati al ricongiungimento dopo un leggero stress di due brevi separazioni di tre minuti in una stanza dei giochi sconosciuta di un laboratorio. Come recenti evidenze confermano, i bambini sono fisiologicamente attivati durante queste brevi separazioni, persino in assenza di segni di sofferenza palesi. Tuttavia, la fluidità del dialogo fisico e affettivo tra madre e bambino in questi momenti di stress può mitigare l'instaurarsi di risposte di stress a più lungo termine mediate dall'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (Hertsgaard, Gunnar, Erickson, Nachmias, 1995; Spangler, Grossmann, 1993).

La madre e la figlia di 18 mesi, che chiamerò Tracy, ricevevano visite domiciliari terapeutiche da 9 mesi, finalizzate sia ad aiutare la madre a stabilizzare la sua situazione di vita, sia ad aiutarla a diventare sostanzialmente più disponibile con la bambina dal punto di vista emotivo. In questo periodo di visite domiciliari, Tracy e la madre si erano entrambe sforzate di trovare modi per entrare in un contatto fisico ed emotivo reciproco soddisfacente. Questo sforzo per negoziare momenti di contatto più soddisfacenti fu anche evidente nelle sedute di osservazione in laboratorio. Come vedrete nel racconto che seguirà, tuttavia, questa particolare seduta portò a un sottile cambiamento tra loro, un momento di incontro, che ci sorprese tutti.

Dopo essere arrivata nella stanza dei giochi del laboratorio, Tracy esplorò i giocattoli presenti per diversi minuti, mentre la madre chiacchierava con l'assistente ricercatrice. Quando la madre lasciò la stanza dei giochi la prima volta, Tracy non sembrò turbata. Continuò a giocare con i giocattoli e ignorò l'assistente. Tuttavia, quando quest'ultima si alzò per andarsene, Tracy si alterò rapidamente e guardò la porta. Appena vide sua madre che entrava, immediatamente girò lo sguardo e si allontanò. La madre disse "Ehi!" in piedi di fronte a Tracy. Guardando ancora in un'altra direzione Tracy disse: "Mamma!" con un tono di piacere e poi si voltò verso la madre e fece diversi passi incerti verso di lei come per raggiungerla. La madre disse "Che fai?" ma senza avanzare o sporgersi verso Tracy. Tracy sgattaiolò oltre le gambe di sua madre con uno sguardo vuoto, le girò intorno e spinse forte per aprire la porta e lasciare la stanza. La madre le rimosse a forza la mano dalla porta dicendo: "Vieni, guarda cos'ha la mamma". Tracy tirò via la mano, si sottrasse alla madre e gettò via violentemente contro il pavimento il giocattolo che teneva in mano. Poi continuò a dare le spalle alla madre e a spingere la porta ignorando gli inviti della madre a giocare. Alla fine la madre la tirò per un braccio e lei si lasciò condurre al gioco che la mamma teneva in mano. Ignorava ancora il gioco, e camminando invece con la testa girata, apparentemente incurante, si avvicinò al corpo della madre e la

oltrepassò, e si accucciò in fianco a lei di schiena per un breve momento. Poi si rimise in piedi e ritornò alla porta. Alla fine, dopo aver vagato per la stanza senza scopo per qualche altro secondo, si sedette di fronte alla madre e giocò con il giocattolo che stava tra loro mentre la madre la guardava e la elogiava in maniera calda e appropriata.

Contrariamente al suo comportamento evitante e conflittuale quando la madre era presente, Tracy si angosciò molto quando ella se ne andò di nuovo e non riusciva a consolarsi con l'assistente che era entrata e che cercava di impegnarla nel gioco. Quando vide la madre alla porta la seconda volta esclamò "Mamma!" con un grido di gioia e iniziò a correre verso di lei. Anziché rispondere con altrettanto piacere la madre disse: "Ciao! Che fai?". In risposta Tracy iniziò ad agitarsi ad alta voce correndo verso la madre. Forse a causa di questa protesta da parte di Tracy la madre spalancò le braccia e si chinò mentre Tracy si avvicinava, dicendo nuovamente "Che fai?"; Tracy alzò le braccia e la madre prima la afferrò sottobraccio, ma poi la cinse pienamente mentre Tracy la stringeva. Dopo soltanto una breve stretta, tuttavia, la madre la lasciò, la tirò indietro per guardarla e disse "Ti sono mancata?", Tracy singhizzò quando la madre la tirò indietro, e di nuovo si accoccolò cercando di tornare tra le braccia della madre. La madre le diede un'altra stretta maldestra, dicendo: "Tutto a posto, tutto a posto, tutto a posto". Poi la prese in braccio, si spostò verso i giocattoli e con Tracy sulle ginocchia si piegò dirigendo la sua attenzione a un giocattolo sul pavimento. Tracy guardò i giocattoli impassibile per pochi minuti, sedendo immobile sulle ginocchia della madre. Poi fissò lo spazio con sguardo imbambolato, cominciò ad agitarsi, si sfilò dalle ginocchia della madre, e si mise in piedi di fronte a lei di nuovo con le braccia protese. La madre rispose aprendo le sue braccia. Per un lungo minuto rimasero congelate con le braccia aperte guardandosi l'una di fronte all'altra in silenzio. Poi Tracy fece una piccola risata di sollievo e affondò pienamente tra le braccia della madre lasciando che il suo corpo si rilassasse sulla sua spalla. La madre fu in grado di restituirle un sorriso aperto e gioioso e strinse la figlia a sé abbracciandola e dondolandola. La madre poi riconobbe e ratificò questo momento di incontro in modo specifico, mormorando "Lo so, lo so" alla figlia mentre l'abbracciava e la dondolava.

Secondo la nostra visione, madre e figlia hanno negoziato un modo più adatto e completo di stare insieme e nel momento finale dell'incontro hanno raggiunto il doppio scopo di azioni complementari adatte e riconoscimento intersoggettivo specifico – un momento di incontro e uno stato di coscienza diadico. Studi recenti sul metabolismo del cortisolo e i comportamenti di attaccamento confermano che lo stato di condivisione emotiva più piena raggiunto da Tracy e sua madre alla fine dell'osservazione rappresenta un sistema regolatorio di adattamento più inclusivo, in quanto una comunicazione aperta e pronta tra madre e bambino è associata a una ridotta se-

crezione di cortisolo a stressor leggeri (Hertsgaard et al., 1995; Spangler, Grossmann, 1993).

Sosteniamo che tali “momenti di incontro” spostano le aspettative relazionali implicite di ciascun partner e segnalano un’apertura all’elaborazione di nuove iniziative tra madre e bambino. Tali momenti di incontro creano il potenziale per l’elaborazione di nuove forme di esperienza condivisa e per un nuovo campo di regolazione più reciproco e attivo tra loro.

In breve, questi momenti di incontro intersoggettivo sono sperimentati e rappresentati nella conoscenza relazionale implicita del bambino con il caregiver. Essi sono anche sperimentati nell’interazione paziente-terapeuta con conseguenti cambiamenti simili nella conoscenza relazionale implicita del paziente. Questi “momenti di incontro” tra paziente e terapeuta possono o meno diventare materia di interpretazione. Ciononostante questi momenti di incontro aprono la strada all’elaborazione di un più complesso e coerente modo di stare insieme, con relativo cambiamento nel modo in cui le possibilità relazionali sono rappresentate nella conoscenza relazionale implicita di ciascun partecipante.

PARTE II. IL PROCESSO DI CAMBIAMENTO TERAPEUTICO DELLA CONOSCENZA IMPLICITA: ALCUNE IMPLICAZIONI DELLE OSSERVAZIONI IN ETÀ EVOLUTIVA PER LA PSICOTERAPIA DEGLI ADULTI²

I meccanismi che causano il cambiamento in psicoterapia non sono stati compresi a pieno, nella migliore delle ipotesi. Nell’esplorare i processi di cambiamento, il nostro gruppo di lavoro ha considerato che il neonato in sviluppo è probabilmente l’essere umano in più rapido cambiamento. Naturalmente i geni entrano in gioco creando continue nuove capacità di cambiamento. Ciononostante, senza un ambiente appropriato a modellare, facilitare e incoraggiare questi cambiamenti, essi o non si verificano o evolvono in maniera disadattiva. Tenendo a mente questo, il nostro gruppo, che è composto da professionisti che si occupano dell’età evolutiva così come pure da clinici, ha tentato di considerare il processo clinico del cambiamento terapeutico con un occhio ai processi di cambiamento nelle prime fasi dello sviluppo. L’idea non era quella di cercare i precursori dello sviluppo successivo, come solitamente si fa, ma di esplorare piuttosto, in maniera dettagliata, il processo del cambiamento stesso, quasi ignorando ciò che sta cambiando.

Quattro cose ci hanno colpiti maggiormente nell’ascoltare e studiare in dettaglio gli appunti del processo nelle terapie orientate in senso psicodinamico:

2. Originariamente pubblicato su *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 1998, pp. 300-308.