

“Something more than interpretation”: le ipotesi del San Francisco Psychotherapy Research Group e del Boston Change Process Study group a confronto

di Emma De Luca, Francesco Gazzillo ©

Introduzione

È ormai comunemente accettato che il cambiamento in psicoterapia avvenga grazie a un “qualcosa in più dell’interpretazione” (BCPSG, 1998). Waldron e collaboratori (2004; Waldron, Gazzillo, Stuckenberg, 2015), ad esempio, sulla base di una serie di ricerche empiriche hanno identificato la *qualità complessiva* degli interventi e della relazione tra paziente e analista come il fattore più importante per il buon esito di una psicoterapia. A prescindere dal tipo di intervento – interpretazione, chiarificazione, analisi del transfert ecc. – sembra quindi che la capacità del terapeuta di “*dire la cosa giusta al momento giusto*” (Waldron et al. 2004) sia ciò che permette al paziente di migliorare. Ma in cosa consiste questa “cosa giusta”?

Le ipotesi del gruppo di San Francisco (Weiss, 1993; Silberschatz, 2005; Gazzillo, 2016) sul funzionamento mentale inconscio, le credenze patogene, il superamento dei test e gli interventi pro-plan possono aiutare a far luce su alcuni aspetti del processo di miglioramento in terapia.

Secondo la *Control-Mastery Theory* (CMT), infatti, il paziente, quando giunge in terapia, possiede un piano inconscio per stare meglio e testa l’abilità del terapeuta di fare interventi pro-plan, cioè in grado di disconfermare, in ultima analisi, le sue credenze patogene. Gli studi di Weiss e collaboratori (Horowitz et al. 1975; Bush, Gassner, 1986; Silbershatz et al. 1986) mostrano infatti come agli interventi pro-plan del terapeuta segua un miglioramento del paziente. Le ipotesi teoriche della CMT si basano sulle osservazioni cliniche di Joseph Weiss (1993) successivamente confermate da una serie di studi empirici (Weiss, Sampson and The Mont Zion Psychotherapy Research Group, 1986). Weiss ha iniziato infatti a osservare che buona parte dei pazienti sembrava

in grado di superare i propri sintomi e di elaborare contenuti rimossi senza che il terapeuta avesse lavorato esplicitamente su di essi. Questo cambiamento, secondo l'autore, poteva essere ricondotto al superamento di test con cui il paziente tentava di disconfermare le credenze patogene costruite durante lo sviluppo, nella speranza che il terapeuta si dimostrasse diverso dai genitori traumatici. Le ipotesi cliniche e teoriche elaborate dalla CMT presentano molte somiglianze con quelle elaborate, quasi contemporaneamente, dal gruppo di infant researchers/psicoanalisti noto come *Boston Change Process Study Group* (BCPSG, 2010). Questi studiosi ipotizzano che vi siano due tipi di cambiamento in psicoterapia:

- 1) il primo, già noto, è quello che avviene a livello *dichiarativo e verbale* e si deve appunto alle *interpretazioni* fatte dall'analista;
- 2) il secondo, meno esplorato all'interno della teoria e della tecnica psicoanalitica, è *implicito, relazionale e procedurale* e si verifica grazie a dei particolari momenti che gli autori definiscono "momenti di incontro" che vanno a modificare la conoscenza relazionale implicita del paziente (BCPSG, 1998).

Le ipotesi del gruppo di Boston derivano dagli studi sullo sviluppo infantile promossi dall'*Infant Research* e dalla *Teoria dei Sistemi Dinamici*. Dall'Infant Research proviene l'idea di un bambino precocemente coinvolto in processi di interazione reciproca dai quali ricava una serie di conoscenze e strategie utili a sopravvivere e adattarsi nel suo ambiente primario. Il principio dell'auto-organizzazione, tipico della Teoria dei Sistemi Dinamici, sostiene invece l'idea di una mente continuamente coinvolta in un processo di acquisizione di informazioni sui cambiamenti che si verificano all'interno dell'ambiente intersoggettivo. L'incontro con altre menti e con altre conoscenze implicite genera nuovi sistemi qualitativamente diversi, nuove conoscenze relazionali implicite.

Un elemento di somiglianza fondamentale tra il gruppo di Boston e quello di San Francisco è quindi quello di considerare la psicopatologia come espressione di modelli relazionali disfunzionali

che hanno origine durante l'infanzia e sono immagazzinati a livello della memoria procedurale, implicita e pre-verbale. Sono proprio queste caratteristiche a rendere necessario uno strumento terapeutico diverso da quello dell'interpretazione, uno strumento che sia in grado di accedere a questo canale implicito e pre-verbale. Obiettivo di questo lavoro è dunque quello di illustrare le idee elaborate da questi due gruppi di ricerca sul cambiamento in psicoterapia, sottolineandone similitudini e differenze.

1. Credenze patogene e conoscenza relazionale implicita

Secondo la CMT, a partire dall'infanzia ognuno di noi cerca di adattarsi al proprio ambiente attraverso la costruzione di una serie di conoscenze, il più possibile affidabili, su noi stessi e gli altri. Queste conoscenze, che gli autori chiamano *credenze*, possono essere implicite o esplicite, conscie o inconscie, dichiarative o procedurali, costituiscono delle guide attendibili che ci indicano come comportarci e cosa dobbiamo attenderci dagli altri e si basano prevalentemente su quello che abbiamo sperimentato nella realtà. Alcune di queste credenze sono definite patogene quando derivano da traumi, da shock o da stress, in cui il paziente ha sentito che il raggiungimento di un obiettivo sano e realistico potesse essere causa di sofferenza per se stesso e/o i propri cari. In modo analogo, ma con sfumature diverse, il gruppo di Boston utilizza il termine *conoscenza relazionale implicita* per descrivere quel tipo di conoscenza procedurale che riguarda il "come ci si mette in relazione con gli altri e il mondo" e si caratterizza come un sapere tanto affettivo quanto cognitivo che ha origine nell'infanzia, nelle interazioni ripetute o affettivamente rilevanti tra il bambino e coloro che se ne prendono cura. Quanto più l'ambiente primario ha sostenuto lo sviluppo, tanto più queste conoscenze si riveleranno flessibili e integrate in quanto continuamente aggiornate nella relazione con l'altro.

Dunque, le credenze e la conoscenza relazionale implicita indicano entrambe un tipo di conoscenza procedurale che ha origine nell'infanzia, all'interno delle relazioni primarie, e comprende una serie di conoscenze più o meno integrate e flessibili, su cosa aspettarsi

dall'altro e su come reagire all'altro, su quello che può essere detto e su quello che deve essere taciuto, su quello che può essere espresso e su quello che bisogna celare. Tanto le credenze quanto la conoscenza relazionale implicita non sono necessariamente dinamicamente rimosse; almeno alcune credenze, infatti, come le conoscenze relazionali implicite, si basano su un sapere procedurale che in quanto tale si presenta come inconscio (ma non rimosso) e che può presentare anche elementi conflittuali. Le esperienze e gli affetti conflittuali diventano parte di questa conoscenza insieme ai modi per gestirli (BCPSG, 2007). Ad esempio, possiamo sentirci liberi di esprimere un determinato affetto ed esprimerne invece un altro in maniera distorta, o non esprimerlo, in quanto ritenuto pericoloso per la relazione con l'altro. Questi processi di regolazione relazionale e affettiva sono per lo più impliciti e si basano sulle esperienze fatte nel corso dello sviluppo, anche precoce. Le aspettative che questo tipo di conoscenza promuove nella relazione con l'altro danno quindi vita a una serie di affetti e comportamenti basati su inferenze elaborate in base alle nostre relazioni passate. Ogni incontro relazionale è però potenzialmente in grado di modificare almeno in parte questa conoscenza disattendendo le aspettative.

Nello specifico, come arriviamo a formare queste conoscenze e perché tendiamo a conservarle anche quando si rivelano false e disadattive? Entrambi i gruppi di ricerca concordano nel sostenere che, da un punto di vista evolutivo, le maggiori sfide della specie umana ci hanno visto coinvolti in piccoli e grandi gruppi ai quali risultava essenziale adattarsi per poter sopravvivere. Sappiamo che fin da subito l'uomo è predisposto a condividere con gli altri intenzioni, sentimenti, desideri e obiettivi (Tomasello et. Al. 2005; Tomasello, Hare, Lehmann, Call, 2007) e ad analizzare il comportamento altrui in termini di intenzioni e azioni (Carpenter, Akhtar, Tomasello, 1998) basandosi su ciò di cui fa esperienza nel presente e sulle proprie esperienze e conoscenze pregresse. Inoltre, tendiamo tutti a essere più attenti e sensibili alle conferme, che non alle disconferme, delle nostre credenze e aspettative. Oltre a essere una strategia cognitivamente parsimoniosa, questo "bias di conferma" è adattivo perché minimizza le possibilità di pericolo facendo tesoro delle esperienze passate, soprattutto dolorose, fatte dall'individuo. Siamo dunque istintivamente predisposti a prestare attenzione al nostro ambiente circostante, in particolar modo a quello sociale, a fare delle

inferenze rispetto ai comportamenti altrui, a interpretarli in funzione delle nostre esperienze pregresse e a reagire in modo tale da ricercare o evitare le risposte che desideriamo o temiamo. È un modo facile e rapido per poter agire nel nostro ambiente e poterci adattare ad esso senza dover continuamente aggiornare la nostra conoscenza del mondo. Se una persona, ad esempio, fa ripetutamente esperienza di un genitore che lo accoglie e lo sostiene nel momento in cui manifesta un bisogno, potrà gradualmente costruirsi delle credenze di sé come meritevole di sostegno e amore e degli altri come disponibili e accoglienti. Crescendo potrà quindi sentirsi in diritto di manifestare bisogni e sentimenti, anche quando negativi, poiché è relativamente certo che l'altro sarà in grado di accoglierli. **Queste credenze o conoscenze relazionali implicite si presentano come procedurali e inconsce e vanno a costituire una lente attraverso cui l'individuo interpreta e si relaziona al mondo.**

La CMT, rispetto al gruppo di Boston, sottolinea però maggiormente la centralità delle motivazioni pro-sociali nella costruzione delle credenze, in particolare di quelle patogene. Durante l'infanzia, infatti, il nostro ambiente è rappresentato quasi esclusivamente dai nostri genitori e dalle persone che insieme a loro si prendono cura di noi. La nostra sopravvivenza, ora più che mai, è garantita dalla vicinanza con loro, dal sentirci amati, stimati e protetti e dal sentire che essi sono felici, non soffrono e si sentono a loro volta amati. Impariamo così a perseguire quei comportamenti che suscitano approvazione, gioia e vicinanza nelle persone che si prendono cura di noi e ad evitare, modificare o rimuovere quegli affetti e comportamenti che suscitano invece disapprovazione, sofferenza e allontanamento da parte dei nostri cari. Cosa succede però quando a suscitare queste emozioni negative è l'espressione dei nostri affetti o la messa in atto di comportamenti adattivi? La CMT sostiene che le credenze patogene si formino quando il perseguimento di un obiettivo sano e realistico viene associato a un pericolo interno (ad esempio sentimenti di colpa e umiliazione) o esterno (sofferenza, allontanamento, morte di una persona cara). Riprendendo l'esempio precedente, se durante l'infanzia una persona sperimenta il ritiro o l'angoscia del genitore ogni qualvolta manifesta un bisogno di accudimento svilupperà un'idea di sé come eccessivamente bisognoso e non meritevole di cura e protezione, e una credenza per cui gli altri non lo vogliono bisognoso.

Inoltre, secondo la CMT il bambino, e in seguito l'adulto, tende a farsi carico anche di quei comportamenti genitoriali che appaiono visibilmente maltrattanti, abusanti e trascuranti, in quanto ammettere che la persona che si prende cura di lui è una persona cattiva, fragile o problematica è un pensiero troppo spaventoso. Il bambino preferisce invece assumersi la responsabilità dei comportamenti genitoriali disfunzionali, arrivando a credere di avere bisogni esagerati e irrealistici, di essere provocatorio, noioso o intrinsecamente sbagliato e cattivo. Oltre alle motivazioni prosociali e al bisogno del bambino di adattarsi al suo ambiente, la CMT sostiene poi che alcune caratteristiche del pensiero infantile contribuiscano alla formazione e al mantenimento di credenze patologiche che si mostrano "irrealistiche" poiché influenzate dal carattere concreto, egocentrico, illogico e magico del pensiero infantile. Espressione di queste credenze patologiche sono poi quella serie di comportamenti che il soggetto ha utilizzato per potersi adattare al suo ambiente primario, in particolare: *di compiacenza* nei confronti del genitore traumatico, *di ribellione con autopunizione* o *di identificazione* con i genitori traumatici. Questi stessi comportamenti sono spesso alla base delle difficoltà che il paziente incontra nella vita e con questi stessi comportamenti il paziente costruirà la relazione con il terapeuta, nella speranza, conscia o inconscia, che questi gli mostri una modalità differente di relazionarsi.

D'altra parte, il carattere empirico degli studi da cui prendono avvio le riflessioni del gruppo di Boston rende la loro descrizione dello sviluppo della conoscenza relazionale implicita molto più analitica di quella fornita dal gruppo di San Francisco. Gli studi dell'Infant Research mostrano ad esempio come, fin da primi mesi di vita, il bambino interagisca con i propri *caregivers* basandosi principalmente su un sapere relazionale implicito fondato sull'esperienza, e come all'interno dell'interazione madre-bambino questo sia precocemente in grado di valutare e rispondere allo stato emotivo e alle "mosse relazionali" dell'altro (Stern, 1995). Già a partire dai primi mesi di vita, il bambino sembra infatti in grado di riconoscere, ricordare e aspettarsi cosa farà l'altro (Sander, 1997; Tronick, 1989; Tronick et al. 1978). Verso la fine del primo anno di vita, queste modalità vengono astratte in rappresentazioni prototipiche generalizzate che andranno a formare le basi per la successiva costruzione delle forme simboliche di rappresentazioni del sé e dell'altro. È il reciproco

adattamento tra i due partner, e non le azioni dei singoli individui, a creare le basi per le rappresentazioni interattive precoci che sono alla base della conoscenza relazionale implicita (Stern, 1983; Beebe, Lackmann, 1988). In linea con questi studi, le neuroscienze cognitive mostrano un bambino precocemente in grado di rappresentare e anticipare i modelli di interazione con l'altro prima di aver acquisito la capacità simbolica. La memoria procedurale, dunque, anticipa e sostiene le rappresentazioni simboliche e verbali. (Westen, Gabbard, 2002).

Quando il paziente giunge in terapia, in genere, lo fa (anche) perché queste credenze o conoscenze relazionali implicite si sono rivelate per certi versi disadattive compromettendo il funzionamento relazionale, sociale e lavorativo del soggetto. Ma a causa del loro essere procedurali e, dunque, inconse, continuano a modellare i pensieri e i comportamenti dell'individuo. Anche nella relazione con il terapeuta il paziente riproporrà quella serie di comportamenti frutto delle relazioni infantili. Sarà dunque compito dell'analista aggiornare questa conoscenza fornendo un nuovo contesto interattivo o, nei termini della CMT, disconfermando le credenze patogene del paziente.

Una differenza importante tra i due modelli riguarda il modo in cui il paziente partecipa a questo processo. La CMT assegna un ruolo molto importante al desiderio, conscio e inconscio, del paziente di disconfermare le proprie credenze. Tra i fondamenti teorici di questo modello vi è infatti l'idea che l'uomo possieda capacità di percezione, pensiero e pianificazione inconse con le quali regola in modo inconsapevole i propri affetti e i propri comportamenti sulla base del senso di sicurezza percepito nel perseguimento di obiettivi adattivi. Quando giunge in terapia, dunque, il soggetto possiede l'obiettivo di disconfermare le proprie credenze patogene disadattive e realizzare obiettivi sani, e per fare questo possiede un piano di massima, seppur inconscio. Il paziente mette alla prova il terapeuta per vedere se questo disconfermerà le sue credenze comportandosi in maniera differente dal genitore traumatico o mostrandogli una modalità di risposta a queste esperienze diversa da quella sperimentata da lui in passato. Sebbene venga completamente trascurata la componente di

pianificazione inconscia rispetto a un obiettivo, anche il gruppo di Boston, come vedremo, assegna un ruolo attivo al paziente rispetto al processo terapeutico.

2. Il processo terapeutico: momenti ora e test del paziente

Gli studiosi di Boston descrivono la terapia come un processo di *avanzamento* che richiede pazienza e perseveranza e in cui l'analista deve essere in grado di tollerare la frustrazione, di procedere per connessioni e collegamenti mancati, rotture e riparazioni¹. In ogni momento, il contenuto verbale degli scambi tra paziente e terapeuta si accompagna a un processo intersoggettivo di condivisione di significati. Dunque, il processo di avanzamento comprende parallelamente due obiettivi: il primo è il riordino della conoscenza verbale conscia, il secondo è la riorganizzazione della conoscenza relazione implicita

Possiamo immaginare il processo di avanzamento come composto da una serie di “*momenti presenti*” (BCPSG, 1998) che sono contraddistinti da lievi cambiamenti nella relazione terapeutica. I momenti presenti tra paziente e terapeuta sono simili ai processi interattivi madre-bambino osservati da Tronick e collaboratori (1998), che si caratterizzano per accordi e disaccordi, rotture e riparazioni. All'interno della terapia, questi momenti costituiscono dei passi nel processo di avanzamento verso un obiettivo, possono sembrare lievemente discordanti tra loro ma, nel complesso, assumono una forma coerente. Questi momenti sono caratterizzati dalla condivisione di intenzioni e desideri e dal loro *enactment*. Poiché questi momenti presenti si ripetono durante le sedute con lievi variazioni, divengono a poco a poco familiari e vanno a costruire una serie di aspettative riguardo alla relazione con l'altro, o quello che Stern (1995) chiama “*schemi dei modi di stare con gli altri*”. Essi comprendono le conoscenze procedurali e inconsce che caratterizzano la relazione con l'altro, le aspettative, i bisogni, le rotture e le riparazioni (Lachmann, Beebe, 1996).

¹ Gli autori definiscono *sloppiness* questa qualità del procedere nel flusso relazionale. Letteralmente *sloppy* significa sciatto, poco curato, impreciso, confuso (BCPSG, 2010).

~~—In modo analogo, la CMT sostiene che durante tutto il corso della terapia il terapeuta debba attivamente disconfermare le credenze patogene del paziente, non solo attraverso le interpretazioni pro-plan e il superamento dei test, ma anche per mezzo di una relazione costantemente diretta alla disconferma delle credenze patogene del paziente e, in particolare, attraverso un atteggiamento che specifichi, accompagni e sostenga tutto ciò che il terapeuta dice e fa.~~ In particolare, affinché il paziente si senta abbastanza al sicuro da abbandonare le proprie credenze patogene a favore di credenze più funzionali e adattive, l'atteggiamento del terapeuta deve seguire due principi fondamentali: essere diverso da quello dei genitori traumatizzanti ed essere diverso da quello assunto dal paziente nelle interazioni traumatiche con loro.

Sara, ad esempio, proviene da una famiglia molto trascurante. I genitori, entrambi depressi, non erano in grado di far sentire la bambina protetta e amata poiché troppo presi dai loro problemi. A partire dall'adolescenza aveva cominciato a restare sempre più spesso fuori casa, a tornare tardi la sera e ad avere una serie di rapporti promiscui, senza che questo suscitasse il minimo interesse o preoccupazione da parte dei genitori. Nelle relazioni interpersonali Sara si mostra forte e noncurante dei propri problemi e tende a riproporre questa stessa dinamica nel rapporto con il suo analista. Un giorno, alla fine di una seduta, mentre Sara si avvia verso l'uscita, noncurante del forte temporale che nel frattempo imperversa, il terapeuta la ferma dicendole di attendere che la pioggia diminuisca e offrendole il suo ombrello per il ritorno a casa. Il terapeuta, infatti, ha ben presente la difficoltà di Sara a proteggersi e lavora costantemente affinché in questo nuovo rapporto possa sentire che qualcuno tiene lei e si preoccupa per lei.

Tornando alle ipotesi del gruppo di Boston, **quando sono affettivamente carichi, questi momenti presenti vengono definiti invece “momenti ora” (BCPSG, 1998).** In questi momenti si assiste a un cambiamento repentino della normale relazione terapeuta-paziente, le conoscenze acquisite e consolidate vengono messe in discussione e al terapeuta viene chiesto implicitamente di reagire in un modo che modifichi il quadro abituale. Questi ‘momenti ora’ evolvono normalmente in tre fasi:

- 1) la *fase di attesa* caratterizzata dall'inizio del momento ora, che invade il campo intersoggettivo con la sua atipicità;
- 2) la *fase strana* che si caratterizza per uno stato di confusione e incertezza;
- 3) la *fase della decisione* in cui il terapeuta deve essere, alla fine, in grado di cogliere il momento ora reagendovi in modo adeguato e trasformandolo così in un momento di incontro.

In modo analogo, la CMT sostiene che il paziente metta alla prova il terapeuta con dei test che hanno l'obiettivo di disconfermare le credenze patogene attraverso una risposta del terapeuta che, come abbiamo visto, deve essere differente da quella dei genitori traumatizzanti e dalla modalità usata dal paziente nell'interazione con loro (Silberschatz, 2008). Anche in questo caso, viene descritto un cambiamento repentino che spinge il terapeuta ad agire. Weiss (1993) suggerisce che il terapeuta può accorgersi che il paziente sta facendo un test quando: 1) sente che gli suscita emozioni forti, 2) si sente spinto ad agire da quello che il paziente fa, dice o da come si comporta, 3) osserva nel paziente comportamenti esagerati, distruttivi o palesemente irrazionali. In particolare, i test che il paziente rivolge al terapeuta possono essere di tre tipi, a seconda della strategia relazionale messa in atto dal paziente. Nei *test di transfert*, per compiacenza o ribellione, il desiderio del paziente è quello di vedere il terapeuta reagire in maniera differente dai genitori traumatizzanti. Nei *test di capovolgimento da passivo in attivo*, invece, il paziente assume l'atteggiamento e il comportamento del genitore traumatizzante nella speranza che il terapeuta riesca a gestire la situazione in un modo in cui il paziente non ha saputo fare da bambino, non soccombendo e non rimanendo traumatizzato. Infine, nell'ultima tipologia di test, quelli *osservativi*, il paziente si limita a osservare quello che il terapeuta fa e dice nella speranza di trovarlo differente dai genitori traumatici e con l'obiettivo di acquisire quelle capacità che ha bisogno di sviluppare o quei comportamenti e affetti che non si sente al sicuro ad esprimere.

3. Il cambiamento in psicoterapia: momenti di incontro e disconferma delle credenze patogene

Quando ciascun partner è in grado di riconoscere e rispondere a questi momenti ora, si verifica un “*momento di incontro*” che presuppone una consapevolezza del cambiamento avvenuto all’interno del campo intersoggettivo e una riorganizzazione della conoscenza relazionale implicita.

Questi momenti di incontro nascono all’interno di particolari processi intersoggettivi che coinvolgono la sfera affettiva, cognitiva e comportamentale. Una caratteristica fondamentale del momento di incontro è data dal fatto che entrambi i partecipanti alla relazione riconoscano la soggettività dell’altro (Sander 1995). Questi momenti di incontro si caratterizzano per un senso di allontanamento dal normale procedere della terapia e presuppongono una risposta da parte dell’analista basata sul qui e ora che prescinda dall’interpretazione o dalle altre “tecniche standard”. Coinvolge l’analista in un cambiamento attivo del campo intersoggettivo creatosi tra i due partecipanti. Dopo ogni momento di incontro si fa strada quello che gli autori definiscono uno “*spazio aperto*”, in cui ogni partecipante può assimilare la nuova modalità intersoggettiva e può cominciare a riorganizzare la propria conoscenza relazionale implicita. In alcuni casi, quando il terapeuta non è in grado di coglierlo pienamente, un momento ora può essere “mancato” e non portare a un momento di incontro. Si può considerare “fallito” quando una parte importante dell’esperienza intersoggettiva viene esclusa dalla terapia, o quando viene addirittura messa in discussione la relazione terapeutica; in alcuni casi, questo mancato incontro può essere in seguito “segnalato” dal paziente così da essere ripreso e “riparato” (BCPSG, 1998). Solo attraverso interazioni ridondanti e ripetute, sottolineano gli autori, può prendere avvio la creazione di un’intenzione relazionale condivisa tra paziente e analista che conduca a un rimodellamento della conoscenza implicita del paziente (BCPSG, 2005).

Il cambiamento del campo intersoggettivo descritto dagli studiosi di Boston avviene, secondo la CMT, quando il terapeuta supera i test del paziente disconfermando le credenze patogene su cui il paziente stesso sta lavorando. Il paziente mette alla prova il terapeuta per vedere se quest’ultimo sostenga i suoi obiettivi sani senza farlo sentire in pericolo. Superando i suoi

test, il terapeuta mostra al paziente che non vi è più motivo di avere paura e che può perseguire i suoi obiettivi sani in tutta sicurezza. Il terapeuta disconferma le credenze patogene e, così facendo, permette al paziente di riformulare a poco a poco le proprie credenze rispetto al sé e agli altri nel dialogo con l'analista. Anche la CMT considera l'attività di *testing* come intersoggettiva, co-costruita nella relazione tra paziente e analista (Bush, 2011). Prima di ogni cosa i pazienti hanno bisogno di sentirsi al sicuro, al sicuro per poter aspirare a un certo grado di benessere e per raggiungere i propri obiettivi sani e adattivi, e hanno bisogno di una persona che promuova in loro questo senso di benessere e sicurezza. Il paziente osserva il terapeuta, lo guida nel superamento dei test e adatta la sua attività di *testing* al terapeuta stesso a seconda di quanto lo ritiene in grado o meno di superarli per mezzo del suo coaching. Il terapeuta, da parte sua, una volta individuato il tipo di test e la credenza che il paziente sta cercando di disconfermare, deve essere in grado di farlo nel modo più utile per quello specifico paziente. Quando il terapeuta supera un test il paziente appare visibilmente più rilassato, più produttivo e sembra riuscire a lavorare in direzione dei suoi obiettivi. Al contrario, come abbiamo visto per i momenti di incontro mancati o falliti, quando il terapeuta fallisce un test, non disconfermando la credenza patogena del paziente, questi apparirà più angosciato e inibito fino a mettere in discussione la stessa terapia se i fallimenti del terapeuta sono ripetuti nel tempo.

Quando Anna giunge in terapia ha alle spalle una serie tentativi di cura falliti di psichiatri e psicoterapeuti. Soffre spesso d'ansia, depressione e attacchi di panico. Viene da una famiglia semplice di una piccola cittadina dove il suo carattere esuberante è da sempre mal tollerato. Fin da quando era piccola, Anna si è sentita ripetere che era venuta fuori un po' strana, che non avrebbe combinato niente nella vita e che l'unica soluzione per lei era "cambiare cervello". Dopo alcuni mesi di terapia in cui Anna aveva ottenuto molti miglioramenti, la ragazza arriva in seduta molto angosciata, lamentando nuovi attacchi di panico e pregando il terapeuta di darle il numero di un buono psichiatra in quanto "solo i farmaci avrebbero potuto veramente darle una mano". Dopo un attimo di titubanza il terapeuta la rassicura dicendole che

non c'è nulla di sbagliato in lei e nessun buon motivo affinché debba necessariamente prendere dei farmaci, il suo cervello funziona perfettamente e sta facendo un ottimo lavoro. Anna a quel punto sembra sollevata, tace per qualche attimo e racconta poi all'analista di una promozione che le hanno offerto, della paura di accettarla, ma anche del desiderio di lavorare insieme a lui per riuscirci.

Conclusione

Per concludere, entrambi i modelli sottolineano l'importanza delle prime relazioni infantili per la creazione di modelli relazionali disfunzionali che vengono immagazzinati nella memoria procedurale, implicita e pre-verbale. Le conoscenze o credenze che si sviluppano a partire da queste prime relazioni infantili vanno a costituire la base dei pensieri e comportamenti, più o meno adattivi, che il soggetto porta nella relazione con il terapeuta. **Compito dell'analista diventa quindi quello di risolvere o ridurre i conflitti emotivi del paziente fornendo una nuova modalità di interazione che si ponga come sostituto delle modalità acquisite in precedenza, modalità rivelatesi infine disadattive.** Strumento essenziale per la psicoterapia diventa quindi la relazione stessa tra terapeuta e paziente, una relazione, tanto implicita e pre-verbale quanto esplicita e dichiarativa, che si focalizzi sulla disconferma delle credenze patogene e permetta una riorganizzazione della conoscenza relazionale implicita del paziente e il perseguimento degli obiettivi sani che il paziente si prefissa.

Bibliografia

- Beebe, B., Lachmann, M., L. (1988), "The contribution of Mother-Infant Mutual Influence to the Origins of Self- and Object Representations". In *Psychoanalytic Psychology*, 5(4), 305-337.
- Boston Change Process Study Group (1998a), "Report 1. Non interpretative mechanism in psychoanalytic therapy. The 'something more' than interpretation". In *International Journal of Psychoanalysis*, 79, pp. 908-921.
- Boston Change Process Study Group (1998b), "Report 2. Interventions than effect change in psychotherapy: a model based in infant research". In *Infant Mental Health Journal*, 19, pp. 277-353.
- Boston Change Process Study Group (2005), "The 'something more' than interpretation revisited: Sloppiness and co-creativity in the psychoanalytic encounter". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 693-729.
- Boston Change Process Study Group (2007), "The foundation level of psychodynamic meaning: implicit process in relation to conflict, defense and the dynamic unconscious". In *International Journal of Psychoanalysis*, 88, pp. 843-860.
- Boston Change Process Study Group (2010), *Il cambiamento in psicoterapia*. Tr. it Raffello Cortina, Milano 2012.
- Bush, M. (2011), "A dialogue about testing". In *Control Mastery Theory, monthly newsletter*, Gennaio.
- Bush, M., Gassner S. (1986), "The immediate effect of the analyst's termination interventions on the patient's resistance to termination" in Weiss, J., Sampson, H., The Mount Zion Psychotherapy Research Group (a cura di), *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation and Empirical Research*. Guilford Press, New York, pp. 299-320.

Carpenter, M., Akhtar, N., Tomasello, M. (1998), "Fourteen-through 18-month-old infants differentially imitate intentional and accidental actions". In *Infant behavior and development*, 21(2), 315-330.

Gazzillo, F. (2016), *Fidarsi dei pazienti*. Raffaello Cortina, Milano.

Horowitz, L.M., Sampson, H., Siegelman, E.Y., Wolfson, A.W., Weiss, J. (1975), "On the identification of warded-off mental contents". In *Journal of Abnormal Psychology*, 84, pp. 545-558.

Lachmann, F., Beebe, B. (1996), "Three principles of salience in the patient-analyst interaction". In *Psychoanalytic Psychology*, 13, pp. 1-22.

Sander, L. (1995), "Riflessioni sul processo di sviluppo. Integrazione, specificità e organizzazione dell'esperienza conscia". Tr. it. In *Sistemi viventi*. Raffaello Cortina, Milano 2007, pp. 215-224.

Sander, L. (1997), "Paradosso e risoluzione: dal principio". Tr. it. In *Sistemi viventi*. Raffaello Cortina, Milano 2007, pp. 183-192.

Silberschatz, G. (2005), *Transformative relationships: the Control Mastery Theory of Psychotherapy*. Routledge. New York.

Stern, D. N. (1983), "The early development of schemas of self, other and "self-with-other". In Lichtenberg, J., Kaplan, S. (a cura di), *Reflections on Self Psychology*. Analytic Press, Hillsdale, NJ, pp. 49-84.

Stern, D.N. (1995), *La costellazione materna. Il trattamento psicoterapeutico della coppia madre-bambino*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 2007.

Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., Moll, H. (2005), "Understanding and sharing intentions: The origins of cultural cognition". In *Behavioral and brain sciences*, 28(05), 675-691.

Tomasello, M., Hare, B., Lehmann, H., Call, J. (2007), "Reliance on head versus eyes in the gaze following of great apes and human infants: the cooperative eye hypothesis". In *Journal of Human Evolution*, 52(3), 314-320

Tronick, E. Z. (1989), "Emotions and emotional communication in infants". In *American Psychologist*, 44, 112–119.

Tronick, E. (1998) (a cura di), "Interactions that effects change in psychotherapy: A model based on infant research". In *Infant Mental Health Journal*, 19(3), pp. 277-353.

Tronick, E. Z., Als H., Adamson, L., Wise, S., Brazelton, T. B. (1978), "The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction". In *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1–13.

Waldron, S., Sharf, R.D., Cruse, J., Firestein, S.K., Burton, A., Hurst, D. (2004), "Saying the right thing at the right time: A view through the lens of the Analytic Process Scales (APS)". In *Psychoanalytic Quarterly*, 73, pp. 1079-1125.

Waldron, S., Gazzillo, F., Stukenberg, K. (2015), "Do the processes of psychoanalytic work lead to benefit? Studies by the APS Research Group and the Psychoanalytic Research". In *Psychoanalytic Inquiry*. 35: sup1, 169-184, DOI: 10.1080/07351690.2015.987602 Weiss, J. (1993), *Come funziona la psicoterapia*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1999.

Weiss, J., Sampson, H., The Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986), *The sychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation, and Empirical Research*. Guilford Press, New York.

Westen, D., Gabbard, G. (2002), "Development in cognitive neuroscience: II. Implications for theories of transference". In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50(1), pp. 99-134.