

Hal Sampson

Ricerca Psicoanalitica, 1996, Anno VII, n. 1-2, pp. 135-155.

Il punto di vista del San Francisco Psychotherapy Research Group¹

Traduzione dall'americano di Tiziana Torresi.

SOMMARIO

La psicopatologia poggia su convinzioni coattive e disfunzionali circa se stessi e il proprio mondo relazionale. Queste convinzioni, desunte dalle esperienze relazionali in famiglia, si sviluppano nell'infanzia. Una persona in analisi, risulta fortemente motivata a cambiare le proprie convinzioni patologiche e a risolvere i suoi problemi, lavorando, in termini inconsci in riferimento a questo obiettivo, attraverso piani inconsci. Il principale metodo di lavoro consiste, da parte del paziente nel mettere alla prova l'analista circa queste convinzioni patologiche, usando le interpretazioni fornite dall'analista ai fini della comprensione e del cambiamento delle proprie convinzioni. L'esposizione teorico-clinica di questi concetti tende ad evidenziare il valore spiegativo e predittivo come testimoniato tanto dal lavoro clinico che dai risultati di una ricerca sistematica condotta da oltre trent'anni.

SUMMARY

A view of the San Francisco Psychotherapy Research Group

Psychopathology is based on certain compelling and maladaptive beliefs about oneself and one's relation world. A person develops such pathogenic beliefs in childhood by inferring them from relational experiences with parents and siblings. A person in analysis is powerfully motivated to change pathogenic beliefs and solve his problems. He works unconsciously to do so. His work is guided by simple unconscious plans. A major way of working is by unconsciously testing pathogenic beliefs in relation to the analyst, as well as by using interpretations to help understand and change such beliefs.

These concepts are developed theoretically and illustrated clinically. Their explanatory and predictive power, as supported by clinical work and formal research studies carried out over the past 30 years, is discussed.

Sono molto felice di essere in questa città, così antica e moderna al tempo stesso e di partecipare a questo convegno sulle attuali correnti della psicoanalisi americana. Ci incontriamo in un momento di rapido cambiamento nella psicoanalisi americana, un momento che vede la scomparsa di verità di lunga data, o almeno il loro fiero assedio. Al loro posto sono sorte, nuove idee, nuove teorie, nuove prospettive filosofiche e nuove visioni della psicoanalisi.

La situazione attuale è intellettualmente stimolante ma anche ricca di ambiguità. Crea l'occasione ed il bisogno di un continuo dialogo per trovare affinità ed esplorare differenze significative.

¹ Atti del Convegno: *Le nuove vie della psicoanalisi. modelli interpretativi a confronto*. Roma 17-18 novembre 1995.

Con questo spirito, vi presenterò il lavoro di Joseph Weiss, il mio e quello dei nostri colleghi del San Francisco Psychotherapy Research Group, (conosciuto come il Mt. Zion Group). Introduurrò il lavoro narrando una parte della nostra storia iniziale. Il mio scopo è di fornirvi dei cenni orientativi su di noi, sul nostro modo di pensare, sui nostri assunti, e sul progetto in cui io e Weiss siamo stati coinvolti per trent'anni.

Alcuni anni prima che Weiss ed io iniziassimo la nostra collaborazione, Weiss cominciò a studiare gli appunti sul processo di alcune analisi, sotto forma di annotazioni che l'analista prende dopo ogni seduta, per uso personale, o per la supervisione clinica. Weiss cominciò a studiare questi appunti spinto da una insoddisfazione per le concezioni sulla terapia che gli erano state insegnate durante il training analitico. Iniziò con una domanda molto generale: cosa induce il cambiamento terapeutico all'interno del trattamento analitico? Affrontò la questione in maniera empirica. Il suo primo passo fu quello di identificare negli appunti sul processo ogni chiaro indizio di progresso analitico. Esempi di progresso includevano il fatto che un paziente divenisse cosciente di ricordi o fantasie o pensieri precedentemente inconsci, o l'esperienza da parte del paziente di nuove emozioni, lo svilupparsi di nuovi insight, la prova di maggiore libertà ed impegno sia all'interno che all'esterno dell'analisi, o il superamento di un'inibizione. Weiss si riferiva all'apparire di tutti questi cambiamenti come "all'emergenza di nuovi temi nell'analisi".

Lo stadio successivo dell'analisi di Weiss consisteva nell'esaminare cosa l'analista avesse fatto subito prima dell'emergere del nuovo tema. Con sua sorpresa, riscontrò che spesso l'analista non aveva fatto assolutamente *nulla*. Più precisamente, l'analista non aveva fatto niente di quanto prescritto dalla teoria psicoanalitica. Non aveva interpretato un transfert o una resistenza, non aveva sottolineato elementi ricorrenti nelle associazioni del paziente, non aveva indagato, o comunicato la sua comprensione delle emozioni, delle motivazioni o del comportamento del paziente. Spesso i pazienti miglioravano senza l'aiuto immediato di alcun intervento tecnico prescritto.

Questa osservazione non significava che l'analista fosse irrilevante nel processo, ma suggeriva che le teorie psicoanalitiche sulla terapia erano quanto meno incomplete. Queste teorie non spiegavano come avvenisse il cambiamento ed in che modo l'analista fosse veramente di ausilio al paziente. Non spiegavano perché avvenisse un particolare cambiamento e non spiegavano cosa rendesse possibile al paziente progredire proprio in quel momento. Inoltre, malgrado le teorie psicoanalitiche descrivessero dettagliatamente come i pazienti operassero per resistere al cambiamento, non dicevano quasi nulla sul come i pazienti operassero per ottenere un cambiamento.

Presenterò un caso per illustrare un tipo di cambiamento spesso incontrato da Weiss negli appunti sul processo analitico, un cambiamento privo di interpretazioni che lo precedessero.

La paziente, Ms. White, era una donna di 38 anni, non sposata, il cui comportamento trasmetteva la sensazione che si considerasse poco interessante, poco importante e non attraente. Era venuta in analisi perché spesso si annoiava, si sentiva irrequieta e non coinvolta nella sua vita. Si descriveva come una persona che non aveva bisogno degli altri, ma a volte si sentiva sola e depressa.

Ms. White parlava con scarsa emozione non facendo richieste all'analista. Quest'ultimo trovava difficile coinvolgerla nel lavoro psicologico. La paziente sembrava, comunque, rispondere al suo interesse e calore, e si stava facendo coinvolgere un po' di più dall'analisi. Comunque, verso la fine del primo anno, annunciò che voleva sospendere il trattamento per un periodo. Non si sentiva più depressa come all'inizio del trattamento, ma si stava stancando dell'analisi. L'analista si era fatto delle opinioni a proposito dell'interruzione?

L'analista, per ragioni a noi sconosciute, non le chiese di analizzare i suoi pensieri o le sue emozioni in relazione alla decisione che stava considerando e neanche le fornì alcuna interpretazione sulla decisione: disse semplicemente che pensava che sarebbe stato utile per lei continuare il lavoro senza interruzioni.

Ms. White, dopo un breve silenzio, rivelò di sentirsi sollevata dal commento dell'analista, anche se non

capiva perché e cominciò spontaneamente a parlare della sua relazione con sua madre nell'infanzia. All'inizio ne parlò nel consueto modo: sua madre la incoraggiava ad essere indipendente ed era orgogliosa della capacità della figlia di fare le cose da sola fin dalla più tenera età. Poi, Ms. White introdusse un nuovo tema. Sua madre non era mai stata molto coinvolta nel rapporto con lei, raramente giocava né leggeva con lei, non le chiedeva che cosa avesse fatto a scuola, raramente si informava dei suoi amici ed interessi. La madre non era negligente per quanto riguardava l'accudimento fisico, ma la ignorava. Ms. White disse che aveva supposto che ciò dipendesse dal fatto che lei non fosse una bambina attraente. Ricordava di essersi sentita non avere alcun diritto di richiedere il tempo o l'interesse della madre. Ms. White si sentì all'improvviso triste. Aveva voluto che sua madre fosse stata più emotivamente coinvolta con lei e le si riempirono di lacrime gli occhi, anche se non pianse.

Vi proporrò alcune considerazioni per spiegare questo micro-processo terapeutico. Anche se possono venirvene in mente altre, vi chiedo di lasciarle da parte per un momento al fine di penetrare e comprendere le nostre idee ed intuizioni.

La mia versione è questa: Ms. White ha iniziato l'analisi con la convinzione implicita e forse inconscia, di essere priva di ogni attrattiva, di non avere il diritto di aspettarsi molto da nessuno e di non potere e non *dovere* contare sugli altri. Durante i primi mesi del trattamento, il costante interesse ed il calore dell'analista l'avevano portata a dubitare di queste convinzioni non funzionali. Questo iniziale dubbio circa le sue convinzioni le diede la forza di portare avanti inconsciamente un'azione di prova, un esame di queste convinzioni in relazione all'analista. L'esame consisteva nell'annunciare l'intenzione di interrompere l'analisi. Nell'esaminare le sue convinzioni patogene, sperava che la reazione dell'analista potesse ulteriormente negarle. Infatti, la effettiva reazione dell'analista negò le sue convinzioni, e questa fu la ragione per cui si sentì sollevata. La paziente si sentì accettata dall'analista e a lui più vicina; e questo le fornì una sensazione di sicurezza, tale da affrontare la dolorosa percezione che sua madre non era coinvolta con lei e da analizzare il suo desiderio non corrisposto che la madre le fosse più vicina e si dimostrasse più emotivamente aperta. Rese, inoltre, esplicite le sue convinzioni patologiche cominciando ad analizzare il contesto relazionale in cui si erano sviluppate. Iniziò a provare per la prima volta nel corso dell'analisi tristezza riguardo alla mancanza di relazione emotiva della madre nei suoi confronti.

Questo caso illustra alcuni concetti della teoria della terapia di Weiss.

In primo luogo, illustra come i pazienti lavorino inconsciamente per risolvere i loro problemi. Uno di questi consiste nel mettere alla prova le loro convinzioni patogene, cioè disadattive, in relazione all'analista. Intenderemmo la proposta di Ms. White di interrompere l'analisi come un esame inconscio piuttosto che come resistenza all'analisi. Potremmo supporre, inoltre, che la paziente aveva potuto mettere alla prova l'analista in quel modo perché aveva acquisito, dal suo precedente comportamento, una certa sicurezza che lui avrebbe risposto validamente al suo test. Non consideriamo la sua richiesta di terminare l'analisi come espressione di scoraggiamento e desiderio di lasciare l'analisi stessa, ma piuttosto come l'espressione di una speranza nata dalle precedenti esperienze positive con l'analista.

In secondo luogo, il caso illustra il concetto che i pazienti progrediscono quando possono farlo in totale sicurezza. Allora sono capaci di superare le rimozioni e di rendere coscienti i contenuti inconsci. Il fatto che i pazienti possano superare le rimozioni quando pensano di poterlo fare in piena sicurezza implica che essi siano fortemente motivati ad affrontare e risolvere i loro problemi inconsci.

Terzo, il caso illustra in che modo il cambiamento analitico, che include la presa di coscienza della propria vita mentale inconscia, può avvenire anche in assenza di interpretazioni. Ciò può aver luogo sulla base di esperienze relazionali che comincino a minare le convinzioni patogene di un paziente in relazione a se stesso ed al suo mondo interpersonale. Queste esperienze funzionano da interpretazioni implicite.

Quarto, le esperienze relazionali possono di per se stesse provocare un cambiamento interno attendibile. Freud aveva supposto che i cambiamenti avvenuti grazie alla relazione terapeutica senza

interpretazione e senza successiva analisi fossero causati dalla suggestione: cambiamenti che erano giudicati superficiali, perché non cambiavano il gioco di forze inconscio nella mente del paziente. Questi cambiamenti erano anche giudicati inattendibili perché dipendenti da un transfert positivo che portava il paziente ad accondiscendere all'influenza dell'analista. Perciò, qualora il transfert avesse mutato di segno, il miglioramento del paziente sarebbe sparito. Ma la reazione di Ms. White alla raccomandazione dell'analista non può essere liquidata come condiscendenza. La sensazione di sollievo di Ms. White, ed il suo approfondimento del lavoro analitico, implicano che il suo desiderio era di continuare l'analisi, volendo però prima essere sicura che l'analista fosse interessato a proseguire il lavoro con lei. La raccomandazione dell'analista aveva forza terapeutica perché comunicava un'informazione emozionalmente significativa che indeboliva le convinzioni patogene della paziente e creava in lei la capacità di affrontare il rifiuto materno, l'amore non corrisposto, i desideri, e le sensazioni di tristezza.

Quinto, la mia versione di questo caso illustra la nostra convinzione che i processi terapeutici, anche se intrinsecamente interattivi e riguardanti la soggettività di entrambi i partecipanti, sono spesso comprensibili. Inoltre, capire il processo potrebbe abilitare l'analista nel capire come aiutare nel migliore dei modi il suo paziente in situazioni future.

Avrete notato che non abbiamo né giustificato né criticato l'approccio dell'analista secondo una determinata teoria della tecnica. Il nostro interesse è localizzato su cosa sia effettivamente successo tra queste due persone, cosa quella interazione abbia significato per il paziente e come abbia influenzato la sua vita mentale conscia ed inconscia.

Il nostro lavoro ed il Pensiero Psicoanalitico Contemporaneo

Esaminerò ora in che misura il nostro punto di vista sulla psicopatologia e sul trattamento si colleghi a certe correnti del pensiero psicoanalitico contemporaneo, e come ne differisca.

Il nostro punto di vista è vicino a gran parte del pensiero contemporaneo nell'uso di un modello relazionale "forte" in psicopatologia, nell'enfasi da noi posta sul potere curativo delle esperienze correttive che hanno luogo all'interno della relazione analista-paziente, nell'intenzione di colmare la dicotomia tra l'interpretazione e l'insight da una parte e interazione e esperienze emozionali correttive dall'altra, e nel nostro riconoscimento dell'importanza del ruolo svolto sia dal paziente che dall'analista nel codeterminare il materiale che il paziente presenta, ed il corso che l'analisi prende.

Il nostro punto di vista si discosta da alcune posizioni del pensiero analitico contemporaneo per ciò che riguarda l'idea del funzionamento mentale inconscio, nella concezione della natura adattiva e programmata delle attività del paziente in analisi, e nella nostra convinzione che i processi terapeutici siano generalmente comprensibili, soggetti a regole e persino prevedibili.

Psicopatologia

Secondo Weiss, una persona, dall'infanzia in poi, costruisce convinzioni su se stesso e sul suo mondo interpersonale all'interno dello sforzo di capirlo ed adattarvisi. Queste convinzioni sono una parte importante della sua vita mentale conscia ed inconscia. Esse organizzano la percezione di sé e degli altri, danno forma alle sue ambizioni, sono intimamente legate a sentimenti ed affetti. In questi ed altri modi, le convinzioni di una persona sul proprio sé e sulle relazioni danno forma alla sua personalità in evoluzione.

Alcune convinzioni sono patogene, sono drammatiche, coattive e non funzionali. La psicopatologia affonda le sue radici nelle convinzioni patogene. Esse, come una guida, avvertono la persona che se tenterà di perseguire certi obiettivi desiderabili, come un matrimonio felice, una buona carriera, la sicurezza, la fiducia verso il prossimo, metterà se stesso o gli altri in condizioni di pericolo. Distruggerà una relazione importante, o proverà emozioni dolorose, come ansia, colpa, vergogna o rimorso. Siccome le sue convinzioni prevedono un pericolo nel caso in cui persegua certi obiettivi, la persona potrebbe rimuovere

obbiettivi desiderati, ed inibirsi il loro perseguimento. Obbedendo a queste convinzioni, la persona istituisce e mantiene le sue rimozioni, le sue inibizioni ed i suoi sintomi.

Una persona sviluppa convinzioni patogene durante l'infanzia a causa di esperienze relazionali traumatiche, specialmente con i genitori ed i parenti. Da queste esperienze, il bambino deduce che se tenta di raggiungere un normale obbiettivo, causerà un disturbo della relazione con i genitori. Per esempio, un bambino potrebbe dedurre che se è dipendente costituirà un peso per i suoi genitori, o viceversa, che se è indipendente li farà sentire feriti e rifiutati.

Paolo Migone (1995) ha notato che il nostro concetto di convinzioni patogene a proposito di sé e del proprio mondo relazionale ricorda molti altri concetti relazionali contemporanei. Per esempio, il nostro concetto di convinzioni corrisponde al concetto di "modelli di lavoro internalizzati" di Bowlby (1969), alle "rappresentazioni di interazioni generalizzate" di Daniel Stern (1985), ed ai "principi organizzanti inconsci" di Storolow e dei suoi colleghi (1992,1994). Questi concetti fanno derivare la psicopatologia dalla internalizzazione di schemi relazionali precoci, concependo la terapia come un processo in cui l'analista aiuta il paziente a capire ed a trasformare questi schemi.

Terapia ed interpretazione relazionale

È largamente riconosciuto da analisti anche di diverso orientamento teorico che la relazione terapeutica rappresenta una potente forza curativa in tutte le psicoterapie, inclusa la psicoanalisi. La relazione può fornire al paziente le esperienze correttive di cui ha bisogno che sono curative, o, nei nostri termini, esperienze che rendono possibile al paziente capire e cambiare le convinzioni patogene su se stesso e sulle sue relazioni. La relazione terapeutica può anche fornire al paziente un modello di certe capacità che egli sta cercando di acquisire.

Noi condividiamo questi principi sull'importanza della relazione nella terapia. Condividiamo anche l'idea che la vecchia dicotomia tra interpretazione ed insight da un lato, e tra l'interazione e le nuove esperienze dall'altro, sia fuorviante. Le interpretazioni non sono solo ipotesi (o proposte) sulla vita mentale del paziente, ma sono anche, ed intrinsecamente, interazioni significative che trasmettono informazioni sull'atteggiamento dell'analista nei confronti del paziente e sulle sue convinzioni cosce ed inconse. Per esempio Storolow ha scritto che l'importanza terapeutica di interpretazioni di transfert corrette "non si esaurisce nella trasmissione di insight, ma include l'adesione dell'analista agli stati affettivi ed ai bisogni di crescita del paziente". Corrispondentemente, le interazioni che non ricadono sotto la voce interpretazione come nel caso di Ms. White - possono offrire non solo un'esperienza correttiva, ma trasmettere allo stesso tempo informazioni emotivamente significative che sfidino le convinzioni patogene. La teoria di Weiss fornisce una spiegazione unitaria all'effetto sia delle interpretazioni che delle interazioni non interpretative: servono entrambe ad aiutare il paziente a comprendere ed a trasformare le proprie convinzioni patogene.

Co-determinazione del processo analitico

Siamo anche d'accordo con la convincente tesi di molti autori contemporanei, secondo la quale il materiale presentato dal paziente, come anche il modo di pensare, di sentire e di agire del paziente al di fuori della seduta analitica, non sono semplici prodotti della psicologia del paziente. Essi vengono codeterminati dal paziente e dall'analista. Ci differenziamo da alcuni nostri colleghi in quanto non vediamo in ciò un così terribile impedimento alla comprensione del processo terapeutico, bensì una definizione di quello stesso processo che intendiamo comprendere.

Funzionamento mentale inconscio

La teoria del funzionamento mentale inconscio di Weiss differisce radicalmente dalla teoria iniziale di Freud. In un primo tempo Freud considerò l'inconscio costituito esclusivamente da desideri infantili rimossi

e ricordi traumatici, regolato automaticamente da segnali di piacere e dispiacere.

Una persona non poteva superare le proprie rimozioni e portare alla luce materiale inconscio senza interpretazione, perché l'emergere di questo materiale "... è collegato a dispiacere e a causa di questo dispiacere è da lui continuamente respinto" (Freud, 1904, p. 438).

Al contrario, Weiss suppone che una persona possa svolgere inconsciamente molte di quelle stesse funzioni svolte consciamente. Può pensare, fare deduzioni, esaminare ipotesi relative al suo mondo interpersonale, creare e portare avanti piani e decisioni. Nel regolare la sua vita mentale inconscia, è principalmente preoccupato di ricercare la sicurezza ed evitare il pericolo.

Egli regola le sue rimozioni ed inibizioni in linea con questa preoccupazione. Per esempio, potrà eliminare la rimozione di contenuti mentali dolorosi quando giudica inconsciamente di poterli sperimentare con sicurezza.

Ricorderete che nel caso di Ms. White, la paziente cominciò ad affrontare il dolore cocente per l'anaffettività materna dopo essersi sentita accettata dall'analista.

Il punto di vista di Weiss sul funzionamento mentale inconscio suggerisce che le attività inconscie del paziente durante l'analisi siano basate su decisioni inconscie e piani inconsci. È a questo argomento che rivolgerò ora la mia attenzione.

Le attività del paziente durante l'analisi.

Una delle maggiori differenze tra la teoria di Weiss e molte altre teorie contemporanee verte sulla sua concezione della motivazione del paziente durante l'analisi e sulla natura adattiva e pianificante di molte delle sue attività, cosce come anche inconscie, durante l'analisi.

La paziente di Weiss in analisi è fortemente motivata inconsciamente a progredire, ma è comunque spaventata nel fare ciò dal timore di mettere se stessa o una persona da lei amata in pericolo. La sua ansia all'idea di progredire nasce dalle sue convinzioni patologiche e dalle sensazioni di pericolo che esse evocano (Weiss, 1993).

Il suo lavoro inconscio durante tutto il corso dell'analisi sta nel comprendere e risolvere i suoi problemi. Il suo lavoro è guidato da semplici piani inconsci. Un aspetto fondamentale di questo lavoro consiste nell'esaminare inconsciamente le convinzioni patologiche all'interno della relazione analitica, usando le interpretazioni dell'analista come un aiuto nella lotta per comprendere e cambiare le proprie convinzioni patologiche. Molto del comportamento del paziente, inclusi i momenti in cui il paziente appare annoiato, offensivo, in atteggiamento di rifiuto, superficiale, indifferente, non cooperativo, ostile o in atteggiamento di resistenza, è parte del lavoro conscio ed inconscio del paziente per migliorare. Questi comportamenti acquistano significato se riferiti alla ripetizione agita dal paziente di una situazione traumatica infantile, al fine di mettere alla prova, con la speranza di negarle, convinzioni patologiche sorte in quella situazione. Anche nel momento in cui un paziente è incapace inconsciamente di controllare il suo comportamento, cedendo ai sensi di colpa e divenendo autodistruttivo, potrà in un secondo momento osservare l'analista per determinare se lo approvi o si opponga al suo punirsi e tormentarsi.

Questi punti di vista relativi alle motivazioni e alle attività del paziente durante l'analisi sono diversi da quelli degli analisti tradizionali, ma anche dalla maggior parte delle posizioni contemporanee. Un processo che vediamo come un esame delle convinzioni patologiche attraverso la ripetizione di una relazione patologica nel transfert, sarà visto da analisti appartenenti ad un diverso orientamento teorico come una resistenza di transfert o come una ripetizione automatica, non intenzionale di una scena infantile o come una regressione patologica ad un più primitivo stato psichico.

Dal nostro punto di vista, i concetti di piano inconscio e di esame hanno un notevole potere esplicativo ed una grande utilità nel lavoro clinico. Ci aiutano a seguire da vicino il processo terapeutico, a capire cosa il paziente sta cercando di ottenere e a comprendere come possiamo aiutarlo. Riferirò poi come questi

concetti abbiano anche trovato verifica nella nostra ricerca.

I processi terapeutici sono comprensibili e soggetti a regole.

Non condivido l'enfasi posta, in alcuni scritti analitici contemporanei, sull'ambiguità, incertezza e i limiti intrinseci alla conoscenza dell'analista. Certamente, i due partecipanti al processo analitico si influenzano mutuamente, e la comprensione di ogni costrutto dell'esperienza e del comportamento di entrambi è dato dalle loro psicologie. Ma non credo che questi concetti siano incompatibili con la mia convinzione che le persone raggiungano frequentemente una comprensione utile ed efficace dei processi relazionali sia nella vita quotidiana sia nella situazione analitica. Vorrei sviluppare nei dettagli questa posizione.

In primo luogo, la comprensione di un processo terapeutico non è una questione di tutto o niente. La comprensione utile ed efficace di un processo terapeutico può essere approssimativa, e soggetta a continua revisione. È possibile sviluppare ipotesi di lavoro a proposito dei processi relazionali in un'analisi, e controllare e rivedere queste ipotesi in accordo alle successive reazioni del paziente alle attività dell'analista. Possiamo controllare e rivedere le nostre ipotesi perché virtualmente ognuna delle ipotesi sulla psicologia del paziente predice implicitamente come egli potrebbe reagire alle *nostre* azioni ed atteggiamenti. Quindi possiamo, ed effettivamente di solito riusciamo, ad imparare qualcosa sull'utilità delle nostre opinioni dalle reazioni del paziente a noi ed alle nostre azioni. In questo modo, l'analista può con il tempo sviluppare un modello soddisfacente sul processo di cambiamento.

In secondo luogo, anche se non tutto è conoscibile riguardo al processo terapeutico, di una cosa l'analista deve essere a conoscenza al fine di aiutare il paziente. Citerò un esempio proveniente non da una analisi, ma dalla vita quotidiana per illustrare il tipo di comprensione immediatamente utile che può essere ottenuta.

Un membro del nostro gruppo di ricerca ricevette un invito, per lui e la sua famiglia, ad un party del gruppo. Mi telefonò tre giorni prima della festa per informarmi che non riteneva possibile che lui o sua moglie potessero intervenire. Avevano in programma una gita il giorno della festa e al loro rientro sarebbero stati troppo stanchi. Sperava che comprendessi la sua impossibilità a presenziare. Dissi che capivo, ma che lui e la sua famiglia mi sarebbero mancati molto. Mi rispose immediatamente e con molto entusiasmo "Oh, ma allora verremo sicuramente". Scoppiò a ridere aggiungendo "Non ero sicuro se a qualcuno importasse veramente della mia presenza".

Cos'era successo? Io credo che nel suo telefonarmi egli non fosse cosciente di altro se non dell'intento di comunicarmi la sua impossibilità ad essere presente. L'interazione, ad ogni modo, comunica quello che ha poi lui stesso espresso a parole. Aveva percepito l'invito ufficiale come impersonale ed indifferente, specificatamente, aveva immaginato che io fossi del tutto indifferente alla sua presenza od assenza. La mia cauta allusione al fatto che la sua assenza sarebbe stata da me notata lo rese libero di fare ciò che io penso aveva sempre voluto fare, come indicato dal suo immediato assenso a venire, dal suo entusiasmo, e dalla sua stessa interpretazione del suo piano di non essere presente.

Questo non era ovviamente un processo terapeutico, e l'interazione non fu esplorata. Ricorda comunque un processo terapeutico nel suo porre in esame le sue convinzioni su lui stesso e sulla sua relazione con me, e nell'averlo reso libero di fare qualcosa che voleva fare. Ciò non implicava solo l'intervenire ad una festa, ma l'agire in un modo che esprimesse un senso di appartenenza ad un evento di un gruppo di ricerca.

Questo è tutto quello che sappiamo di questa interazione. Certamente non conosciamo tutti i suoi significati inconsci per i partecipanti, o come l'immediata azione relazionale, che si è svolta inconsciamente per entrambi, abbia reso possibile a quest'uomo perseguire con piacere ed entusiasmo un obiettivo precedentemente inibito. Ma capiamo cosa può aver reso possibile a quest'uomo agire più liberamente. Questa conoscenza è spesso di aiuto per un terapeuta. Potrebbe dargli un'idea di cosa e perché ciò che sta

facendo possa aiutare a rendere quest'uomo libero di perseguire obiettivi analitici.

Terzo, una certa comprensione delle interazioni umane è intuitiva, è inserita nelle nostre menti, come anche la capacità di migliorare la nostra comprensione con maggiori esperienze di vita e un training appropriato. La mente umana si è evoluta attraverso un lungo arco di tempo. Sin dall'alba della nostra preistoria esisteva un certo valore di sopravvivenza insito nella capacità di dedurre con una certa accuratezza predittiva in che modo gli altri avrebbero probabilmente reagito alle nostre azioni (Pinker, 1994; Slavin e Kriegman, 1992). Le persone che potevano "leggere" le situazioni interpersonali con una buona accuratezza predittiva avevano maggiori possibilità di trasmettere i loro geni alle future generazioni.

Quarto, un partecipante può comprendere intuitivamente, o esplicitamente, un processo terapeutico mentre si sta svolgendo, o può arrivare a capirlo retrospettivamente, dopo aver riflettuto sul processo e sul suo probabile significato per i partecipanti. L'idea che una persona possa comprendere il processo terapeutico *solo* retrospettivamente - perché non possiamo conoscere completamente il nostro inconscio al momento di partecipare al processo - contraddice l'esperienza giornaliera del contrario. Illusterò questo mio punto di vista, ma prima vorrei considerare una questione collegata.

Quinto, se è a volte possibile comprendere in anticipo quale tipo di intervento possa fornire alla paziente l'esperienza o la conoscenza che le è necessaria per renderla più libera di esplorare la sua vita mentale e di perseguire i suoi obiettivi, possiamo applicare terapeuticamente questa conoscenza? Possiamo fare ciò anche se non conosciamo a fondo i nostri obiettivi inconsci? Possiamo farlo senza essere meramente razionali e prescrittivi? Cioè, possiamo farlo con autenticità e con impegno nei confronti della vita mentale del paziente e la nostra? Io credo di sì, credo anzi che lo facciamo spesso. Malgrado non abbiamo mai una comprensione completa di noi stessi e degli altri, possiamo essere in grado di valutare, e di agire efficacemente, in molte situazioni interpersonali. Inoltre, la comprensione conscia che porta ad un deliberato corso di azione non necessariamente riduce la spontaneità, l'autenticità, e la flessibilità dell'intervento dell'analista (Sampson, 1994; Bader, 1995).

Considerate l'esempio di una madre che sa che il suo bambino ha bisogno di consolazione dopo una caduta dolorosa. È probabile che ella comprenda immediatamente il bisogno del bambino, e che fornisca il conforto necessario al bambino spontaneamente, autenticamente, e con tutta la rispondenza e la concretezza della sua risposta emozionale al dolore del suo bambino.

In maniera simile, l'analista è in armonia consciamente e senza sforzo, grazie alla sua sensibilità, alla sua comprensione teorica della situazione del paziente, con quello di cui il suo paziente ha bisogno in quel momento al fine di superare un ostacolo interno e di procedere più liberamente nel suo lavoro analitico.

Ricerca

Vorrei concludere riferendovi in sintesi il programma di ricerca che il nostro gruppo ha portato avanti negli ultimi venticinque trent'anni. Il mio scopo principale è di illustrare sia il valore euristico che il potere esplicativo e predittivo del concetto di piano di Weiss.

Ma prima voglio riferirmi ad una corrente del pensiero psicoanalitico contemporaneo che considera la ricerca con molto sospetto, e si è allontanata da essa considerandola irrilevante per l'impresa psicoanalitica. Io contesterò questo punto di vista, usando la nostra ricerca (perché a me più familiare) come esempio.

La nostra ricerca non è una cospirazione positivista portata avanti da ingenui realisti che non comprendono la psicologia del profondo, che odiano la complessità, e trovano l'incertezza intollerabile, che non capiscono che non esistono osservazioni indipendenti da teorie, e che preferiscono aver a che fare con statistiche piuttosto che con persone!

Nel portare avanti la nostra ricerca, stiamo portando avanti un'impresa umana che ha in comune con la psicoanalisi stessa, l'espressione di uno spirito di ricerca, e un desiderio di comprendere meglio la vita

mentale. La ricerca è a vantaggio della teoria, non al posto di essa. Come non è neanche un sostituto del pensiero e della argomentazione analitica. La nostra ricerca è un'estensione del pensiero analitico. Noi esaminiamo se certe idee derivate dal lavoro analitico resistono ad un'analisi più accurata, e cerchiamo di controllare potenziali fonti di errore. La ricerca non è neanche un'attività arcana estranea alla pratica clinica. I nostri lavori sono direttamente collegati alla pratica, ed hanno influenzato il nostro stesso lavoro clinico. La maggior parte dei nostri studi sono stati progettati per rispondere alle domande con le quali Weiss aveva iniziato lo studio degli appunti sul processo: Come funziona la psicoterapia o la psicoanalisi? In che modo aiutiamo i pazienti a divenire più consapevoli della loro vita mentale conscia ed inconscia, e più capaci di percepire il loro mondo relazionale e loro stessi in maniera nuova? Storolow (1992) ha ritenuto che il nostro lavoro dimostri "come la ricerca guidata dalla teoria psicoanalitica che sia relazionale e vicina all'esperienza possa produrre scoperte altamente rilevanti per la pratica clinica."

La nostra ricerca è anche coerente con l'enfasi oggi posta sulla codeterminazione del processo terapeutico dall'interazione dei due partecipanti. Essa investiga in che modo la relazione analista-paziente possa essere utile al paziente, o come al contrario possa essere un impedimento al suo progresso.

I nostri studi del processo terapeutico sono stati portati avanti sulla base di trascrizioni letterali di sedute di psicoterapia o di analisi. I nostri metodi sono tentativi di rispondere alle nostre domande riducendo, per quanto possibile, certe cause di parzialità ed errore.

Vi descriverò uno dei nostri studi sperimentali per darvi un'idea più concreta dei nostri metodi, come anche per illustrarvi la relazione tra i risultati delle nostre ricerche e le più ampie conclusioni che trarrò da esse.

Lo studio è stato condotto dal Dr. Polly Fretter (1984; e Silberschatz, Fretter e Curtis, 1986). È stata investigata l'ipotesi secondo la quale un certo tipo di interpretazione specifica per il caso conduce ad un immediato progresso del paziente. Questo tipo di interpretazione è usata dal paziente nei suoi sforzi di portare avanti il suo piano inconscio per superare i suoi problemi. Ci riferiamo a queste interpretazioni chiamandole "compatibili con il piano" o "pro-piano". Al fine di rendere comprensibile lo studio della Fretter, presenterò del materiale clinico per illustrare il nostro concetto di interpretazioni pro-piano ed anti-piano.

Mr. Gray, un uomo celibe di 24 anni, credeva inconsciamente che l'analista, come sua madre durante l'infanzia, si sarebbe sentito minacciato dalla sua indipendenza, sarebbe stato possessivo, e avrebbe desiderato mantenerlo in uno stato di dipendenza e di "possederlo". Finché non disconfermò queste convinzioni, non fu in grado di farsi aiutare dall'analista con sicurezza e di usare il suo aiuto per tutti gli altri problemi. Abbiamo dedotto dallo studio delle prime settimane di analisi che il piano iniziale di Mr. Gray era di lavorare per cercare di cambiare queste convinzioni e portò avanti il suo lavoro verificando ripetutamente se l'analista sarebbe stato ferito o minacciato dalla sua indipendenza. Sperava inconsciamente che l'analista non ne sarebbe stato minacciato, al contrario, verificava se l'analista fosse contento che lui dimostrasse indipendenza, e sperava inconsciamente che lo fosse.

Mr. Gray considerò praticamente ogni interpretazione durante i primi sedici mesi di analisi dalla sola ed unica prospettiva del suo piano per superare la convinzione che l'analista volesse possederlo. Un'interpretazione da parte dell'analista volta ad indicare come Mr. Gray si sentisse a disagio a proposito di *non aver avuto bisogno dell'analista* durante il periodo di vacanze di quest'ultimo fu pro-piano per questo paziente. Tale interpretazione significava che l'analista non si sentiva minacciato dalla sua indipendenza e, sottolineando inoltre il disagio di Mr. Gray per la sua indipendenza portò direttamente ad associazioni relative alla percezione che sua madre fosse ferita e depressa quando lui faceva amicizie al di fuori della famiglia. Al contrario, l'interpretazione secondo la quale Mr. Gray era spaventato dall'intimità con l'analista risultò "anti-piano" perché al paziente parve che l'analista volesse che Mr. Gray dipendesse da lui. Mr. Gray reagì a questa interpretazione con ansia, confusione, ed incertezza nel parlare.

Questa interpretazione poteva anche essere corretta, ma non risultò utile in quanto non aiutava Mr. Gray a portare avanti il suo piano di terapia immediato.

Il concetto di piano di Weiss, come illustrato in questo caso, porta a specifiche e verificabili predizioni. Nello studio della Fretter, la predizione è che le interpretazioni compatibili con il piano o pro-piano porteranno al progresso immediato del paziente nella terapia o nell'analisi.

Fretter studiò questa ipotesi in tre casi di psicoterapia breve selezionati casualmente da un più ampio campione di psicoterapia limitate nel tempo che erano state registrate e trascritte. I tre casi furono tutti diagnosticati in termini di depressione nevrotica ed inibizioni.

I terapeuti, sia che fossero psicoanaliticamente orientati o psicologi qualificati o psichiatri, avevano ricevuto una formazione specifica in terapia breve. Per caso, ognuno di loro apparteneva ad un diverso orientamento teorico psicoanalitico. Fummo soddisfatti di questa diversità teorica, perché il nostro interesse era nella relazione tra le interpretazioni pro-piano ed il progresso immediato del paziente a prescindere dall'orientamento teorico del terapeuta.

Fretter analizzò i dati di un caso alla volta, e poi ripeté il processo su ulteriori casi anch'essi analizzati uno alla volta. In sintesi, il suo metodo implicava: 1) identificare tutte le interpretazioni, 2) giudicare la compatibilità con il piano di ogni interpretazione presa separatamente e 3) valutare il materiale presentato dal paziente immediatamente prima ed immediatamente dopo ogni interpretazione per scoprire se vi fosse o meno un immediato cambiamento terapeutico.

Il suo primo passo, successivamente, fu di chiedere a dei giudici di selezionare in modo indipendente tutte le interpretazioni di un caso. Le interpretazioni venivano poi tolte dalla trascrizione e trascritte separatamente su fogli.

Quest'ultime venivano poi presentate separatamente una alla volta, ed in ordine casuale, ad un nuovo gruppo di clinici che le valutava secondo il loro livello di compatibilità con il piano su una scala Likert a 7 punti. Siccome la compatibilità con il piano è specifica per ogni caso, ai clinici fu data una breve storia del caso tratta da un colloquio diagnostico, insieme ad una lista di convinzioni patologiche ed obiettivi del paziente dedotti in modo attendibile, e ad una lista di insight giudicati utili acquisire per il paziente. Ogni giudice lavorò separatamente, giudicando le interpretazioni senza sapere a che punto della terapia avevano avuto luogo, cosa il paziente avesse detto prima e dopo e senza alcuna informazione sulla terapia e sul suo risultato.

Al fine di definire l'immediato progresso del paziente, Fretter ha adoperato la Scala di Esperienza (EXP). Questa scala di misurazione delle unità verbali del paziente si è dimostrata una buona misura dell'immediato coinvolgimento del paziente nel lavoro terapeutico, della vividezza dell'esperienza di ciò che viene detto, e della produttività del paziente. Un nuovo gruppo di giudici fu istruito nell'uso di questa scala, essi quindi valutarono in modo indipendente il livello di esperienza del paziente in unità verbali di tre minuti precedenti e successivi all'interpretazione. Le unità furono presentate ai giudici in ordine casuale quindi essi non sapevano se il segmento seguisse o precedesse un'interpretazione, o in che momento della terapia avesse avuto luogo, non fu mostrata loro alcuna interpretazione, né essi furono informati sul trattamento e la sua riuscita.

Fu riscontrata, in ogni caso considerato, una notevole relazione tra la compatibilità con il piano e il livello di Esperienza del materiale prodotto dal paziente. Le correlazioni tra la compatibilità con il piano dell'interpretazione ed il cambiamento dell'Esperienza sono insolitamente alti per essere una ricerca sulla terapia (v. Tab. 1), la relazione risulta statisticamente rilevante per ogni caso. Fretter, Broitman e Bucci, in uno studio successivo sugli stessi casi, hanno ottenuto gli stessi risultati con due misure aggiuntive del progresso del paziente: la Scala Morgan dell'Insight del Paziente, e l'Indice dell'Attività Referenziale di Bucci.

In un altro studio, Norville ha trovato una relazione statisticamente significativa tra la compatibilità al piano *totale* delle interpretazioni dell'analista durante l'intero corso di una terapia breve, e la qualità del risultato, giudicata da un giudice indipendente sei mesi dopo il completamento del trattamento.

Trarrò alcune conclusioni dallo studio di Fretter, conclusioni che sono per giunta coerenti con i risultati da noi ottenuti in una serie di studi sugli effetti immediati delle interpretazioni, e sugli effetti immediati dell'esame del terapeuta da parte del paziente.

Vorrei esprimere le mie conclusioni in un linguaggio relativamente indipendente da teorie determinate tanto da renderle più generalizzabili possibile.

1. Il paziente progredisce quando è sicuro di farlo. Questo concetto è sostenuto dai risultati di Fretter in quanto un'interpretazione giudicata compatibile con il piano è prevedibile che riduca le aspettative di pericolo del paziente.

2. I pazienti spesso mostrano un progresso terapeutico immediato in seguito ad un *evento terapeutico*, cioè, ad un'interpretazione, una fase superata, che si può prevedere induca un aumento del senso di sicurezza.

La scoperta di un'immediata, individuabile reazione all'interpretazione è abbastanza interessante e ci sorprese all'inizio, sia a sostegno dell'idea condivisa da molti clinici contemporanei, noi compresi, che i pazienti controllino *sempre* l'ambiente del trattamento, consciamente ed inconsciamente, alla ricerca di indicazioni dell'atteggiamento del terapeuta nei loro confronti, nei confronti dei loro obiettivi, delle loro paure e speranze. Le scoperte sembrano inoltre suggerire che il comportamento di un paziente nel trattamento sia fortemente influenzato dalla sua percezione dell'ambiente interpersonale immediato, piuttosto che essere meccanicamente determinato dall'interazione di pulsioni e difese o da processi automatici. Credo che questa conclusione sia coerente con il lavoro di costruttivisti come Hoffman, di teorici dell'intersoggettività (come Storolow, Atwood, e Bradschaft) e con le posizioni di molti altri analisti contemporanei, come Gill o Renik.

3. Infine, lo studio di Fretter, insieme ad altre ricerche, dimostrano il considerevole potere spiegativo e predittivo del concetto di piano di Weiss. Le ipotesi derivate da questo concetto portano a predizioni verificabili e specifiche e queste predizioni sono state sostenute dai risultati delle investigazioni.

Vi ringrazio dell'interesse dimostratoci per il nostro lavoro e per avermi invitato a presentarlo a questo distinto pubblico.

BIBLIOGRAFIA

- Bader M. (1995) *Authenticity and the psychology of choice in the analyst* Psychoanalytic Quarterly, 64, pp. 282-305.
- Bowlby J. (1969) *Attaccamento e perdita* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1987.
- Dorpat T.L., Miller M.L. (1992) *Clinical interaction and the analysis of meaning: A new psychoanalytic theory* The Analytic Press, Hillsdale N.J.
- French T. (1952) *The intergration of behaviour. Vol 1: Basic postulates* University of Chicago Press, Chicago.
- Fretter P. (1984) *The immediate effects of transference interpretations on patients progress in brief, psychodynamic psychotherapy* Doctoral Dissertation, University of San Francisco, 1984, Dissertation abstracts international, 46 (5). University microfilms n. 85 - 12112.
- Fretter P., Bucci W., Broitman J., Silberschatz G., Curtis J. (1994) *How the patients plan relates to the concept of transference* Psychotherapy research 4, 1, pp. 58-72.
- Freud S. (1904) *Psicoterapia* OSF, Vol. IV, Boringhieri, Torino, 1970.
- Lewick P., Hill T., Czyzewska M. (1992) *Nonconscious acquisition of information* American psychologist, 47, 6, pp. 796-801.
- Migone P. (1995) *The role of pathogenic beliefs in psychic reality* 39° Congresso dell'Internazionale Psychoanalytic

Association Meetings in San Francisco. Contributo non pubblicato.

Miller G.A., Galanter E., Pribram K. (1960) *Piani e strutture del comportamento* trad. it., Angeli, Milano, 1973.

Norville R., Sampson H., Weiss J. (1996) *Accurate interpretations and brief psychotherapy outcome* Psychotherapy Research, in corso di stampa.

Pinker S. (1994) *The language instinct* Morrow, N.J.

Sampson H. (1994) *Repeating pathological relationships to disconfirm pathogenic beliefs: Commentary on Steven Sterns "Needed Relationships"* Psychoanalytic Dialogues, 2, 4, pp. 539-544.

Silberschatz G., Fretter P., Curtis J. (1986) *How do interpretations influence the process of psychotherapy?* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 5, pp. 646-652.

Slavin M. O., Kriegman D. (1992) *The adaptive design of the human psyche: Psychoanalysis, Evolutionary Biology and the therapeutic process* The Guilford Press, New York.

Stem D. (1985) *Il mondo interpersonale del bambino* trad. it., Bollati Boringhieri, 1989.

Stolorow R.D., Atwood G.E. (1992) *I contesti dell'essere: Le basi intersoggettive della vita psicologica* Bollati Boringhieri, Torino, 1995.

Stolorow R.D., Atwood G.E., Brandschaft B. (1994) *The intersubjective perspective* Jason Aaronson, Inc., Northvale, N.J.

Weiss J. (1993) *How psychotherapy works* Guilford Publications, New York.

Weiss J., Sampson H. and the Mount Zion Research Group (1986) *The Psychoanalytic process: Theory, clinical observation and research* Guilford Publications, New York.