

IL CAMBIAMENTO IN PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

Valentina Tramis

Psicologa, Psicoterapeuta (SIRPIDI)

Collaboratrice presso la Cattedra di Psicologia dell'Intervento, titolare prof. M. Grasso,
Università "La Sapienza" di Roma

Il presente scritto si propone di individuare i parametri in riferimento ai quali si possa parlare di *cambiamento in psicoterapia psicoanalitica*, partendo dalla definizione di ‘*cambiamento*’, da intendersi come fine ultimo, ma anche come tappa intermedia che lo determina, passando per gli obiettivi che ne sono parte costitutiva, e collocandone il senso in una prospettiva che abbia la ragionevole pretesa di essere tarata sulla opportunità di riferire il cambiamento all’acquisizione di un maturato orientamento al benessere. La promozione di tale predisposizione raccoglie in sé l’avvenuta risoluzione di una serie di conflitti che verosimilmente vadano a costituire, al momento della richiesta, il perno della modalità relazionale del richiedente aiuto e sui quali sia stato successivamente pensato, predisposto e progettato l’intervento psicoterapico. A riguardo vedremo, infatti, come il presupposto perché possa essere pensato il progetto d’intervento e concordati gli obiettivi, sia la raccolta e la decodifica della domanda avanzata dal richiedente aiuto, e della modalità con cui questa venga posta in essere. La modifica strutturale che in ultimo costituisce il presupposto del cambiamento, investe, come vedremo, anche la modalità relazionale di cui sopra, divenuta disfunzionale nella misura in cui abbia prodotto una crisi della decisionalità del soggetto e determinato la richiesta d’aiuto avanzata al clinico. In questa direzione il concetto di cambiamento, nel promuovere una presa di coscienza circa le modalità relazionali che avrebbero indotto la crisi, starebbe per l’acquisizione da parte della persona,

degli strumenti necessari a massimizzare l'espressione di sé e la valorizzazione della propria autonomia e risorse, nell'ottica del raggiungimento di un più funzionale adattamento all'ambiente, proprio di una condizione di benessere e di un atteggiamento ad essa orientato.

Cambiamento: definizione

Ai fini di una completa trattazione dell'argomento, si rende anzi tutto necessario definire il concetto di cambiamento e come esso si collochi nella definizione degli obiettivi del percorso psicoterapico e, dunque, nel disegno ultimo per cui il rapporto clinico-paziente avrebbe ragione di essere posto in essere.

Fine ultimo del percorso psicoterapico, il cambiamento si configura come esito di una serie graduale e discontinua di modificazioni che compongono il processo stesso e che avvenendo ad un livello strutturale, profondo, determinerebbero, in ultimo, quello che si definisce l'obiettivo-risposta alla richiesta evoluta di una relazione d'aiuto. In questo senso, parlare di cambiamento, e non di mutamento o trasformazione, giustifica e sostanzia la componente processuale della modificazione, quale suo presupposto imprescindibile (Grasso, Cordella, Pennella, 2003).

A tale riguardo, Foglio Bonda (1991) sottolinea come la psicoterapia abbia ragione d'essere in funzione del cambiamento che essa produce, nella misura in cui essa è un'attività clinica. [...] In merito a ciò, conclude individuando una serie di caratteristiche proprie del cambiamento così come lo si inquadrebbene nell'esito di una psicoterapia ben riuscita. Tali caratteristiche, a ben vedere, fanno capo alla maturazione di un atteggiamento orientato al raggiungimento di un livello di individuazione personale, attraverso una risoluzione permanente e duratura nel tempo, che investa tutti gli ambiti della vita del soggetto (interpersonale, socio-ambientale e lavorativo), e che, in quanto costruita sulla espansione, sull'autonomia e sulle massime possibilità di adattamento "della Persona", risulti, in ultima analisi, funzionale al raggiungimento di una situazione stabile di benessere

soggettivo, inteso come equilibrio, stabilità e autonomia nella massima espressione dell'individuo. Volendo coniugare quanto appena detto con la metafora schafferiana dell'analizzando imprigionato (Schafer, 1983), tale condizione di benessere e di sana espansione egoica spezzerebbe le catene della prigionia psichica, evidentemente non più funzionale nella misura in cui avrebbe dato luogo ad una sorta di inceppamento altrimenti detto "fallimento collusivo", e consentirebbe all'individuo, per proseguire sulla scia della suddetta metafora, la libertà rispetto all'ampliamento delle proprie possibilità decisionali e del proprio raggio d'azione. Le caratteristiche evidenziate da Foglio Bonda sono, quindi, l'esito di una ragionevole e consapevole progettazione degli obiettivi, cui pervenire in maniera "progressiva", verosimilmente "non lineare", attraverso graduali modifiche di tipo "intrapsichico", dunque strutturali e profonde, conseguite tramite e grazie ad un atteggiamento di fiducia riguardo alla possibile realizzazione degli stessi. Il setting psicoterapico diviene, in tal senso, contenitore del dispiegarsi di tale atteggiamento di fiducia, inteso, a ben vedere, come alleanza di lavoro, co-costruita da clinico e paziente, in una relazione *asimmetrica*, nella misura in cui si organizzano attorno ad una richiesta d'aiuto, ma *bidirezionale*, rispetto alla attiva partecipazione di entrambi alla costruzione del processo relazionale che viene a porsi in essere. Che si definisca, cioè, per dirla parafrasando Aron (2004), sì, attraverso il principio costitutivo della *asimmetria* relazionale, unitamente però, a quello altrettanto centrale della *mutualità* tra paziente e terapeuta. Ecco allora che all'interno di tale cornice sostanziale del processo psicoterapico, le dinamiche del cambiamento sono da intendersi quali graduali, parziali e progressive tappe di un percorso che si dispieghi come risolutivo e, dunque, di cambiamento, tanto nei suoi momenti processuali (raggiungimento - e suo monitoraggio - degli obiettivi in itinere), quanto in quelli ultimi (raggiungimento - e sua valutazione - dei massimi gradi di libertà e delle massime possibilità di autonomia della Persona).

Fatta chiara (si spera!), dunque, la distinzione tra cambiamento come traguardo del processo psicoterapico e cambiamento come tappa intermedia del processo, si rende ulteriormente doveroso esplicitare i percorsi di cui tali modificazioni strutturali, in entrambi i momenti, sono il derivato. Occorre cioè definire, e qui entriamo nel vivo della presente

trattazione, cosa determini la messa in atto del cambiamento, quali meccanismi vi siano implicati, quali cioè ne rappresentino il motore ed in riferimento a cosa.

I meccanismi del cambiamento

Presupposto imprescindibile su cui si impernia la struttura del lavoro psicoterapico, è l'alleanza terapeutica che viene a costruirsi tra clinico e paziente all'interno della dimensione concettuale di quello che i Baranger (1990) definiscono *campo bipersonale*, ossia il "funzionamento di coppia della mente di paziente e analista". Nella costruzione di tale disposizione, gli elementi interattivi del processo analitico, dalla messa in atto di emozioni non pensate all'attualizzazione di modelli interni, si realizzano come prodotto della partecipazione attiva di entrambi i partecipanti al processo. In tale moto dinamico, l'alleanza terapeutica si incastra quale terreno comune per la definizione e la realizzazione degli obiettivi. La sua costruzione rende possibile, inoltre, uno degli elementi chiave del cambiamento: la possibilità della interiorizzazione, da parte del paziente, di un nuovo modello operativo, di una nuova relazione, di un nuovo oggetto interno, il cui insinuarsi nella equazione relazionale del paziente consentirebbe il disinnescamento e la conscia modifica delle modalità precedentemente apprese, assorbite ed interiorizzate. Tali regole conscie e inconscie di organizzazione, regolazione affettiva e orientamento della realtà - i Modelli Operativi Interni, per dirla in termini bowlbyiani - risultate ormai disfunzionali, verrebbero a modificarsi anche attraverso l'esperienza che il paziente fa dell'altro-terapeuta e tramite la formulazione e la co-costruzione di una narrazione di una storia diversa da quella familiare al paziente al momento della richiesta d'aiuto. In tal senso, prezioso è stato il contributo della teoria dell'attaccamento che, per dirla parafrasando lo stesso autore, sistematizza la tendenza dell'essere umano a strutturare legami affettivi con particolare persone, rendendone evidente il dispositivo relazionale strutturatosi nel *là ed allora*, il quale funge da matrice nelle dimensioni relazionali del *qui (e lì) ed ora*, cioè fuori e dentro la relazione terapeutica. Ancora più chiara risulta l'essenziale ma esaustiva definizione di Holmes della

teoria dell'attaccamento quale *teoria spaziale*, ossia: “quando sono vicino a chi amo mi sento bene, quando sono lontano sono ansioso, triste e solo” (Holmes, 1994). In tale qualificazione teorica si inserisce la definizione, cui si è accennato sopra, di Modelli Operativi Interni (MOI), intesi come rappresentazioni mentali di sé e dell'altro e, più specificatamente, della relazione con l'Altro significativo, ricavati dalla interiorizzazione di pattern di ripetuti episodi dalla medesima qualità interattiva, verosimilmente assimilati nelle prime esperienze relazionali dell'infanzia con le figure di accudimento³³. Al momento della richiesta d'aiuto, tali impianti relazionali si dispiegano all'interno della relazione col clinico, denunciando la tonalità affettiva del modello relazionale operativo interiorizzato. Tale dispositivo si qualifica operativamente attraverso la forma dell'interazione proposta e della domanda avanzata al clinico. In tale momento, infatti, sono presenti elementi di distorsione e di manipolazione della realtà, tali da indurre ad utilizzare l'altro (psicologo) coerentemente con le proprie aspettative e simbolizzazioni affettive. In questo senso, buona parte del lavoro terapeutico verte su manovre di ricostruzione storica, comprensione e ri-orientamento delle modalità di diramazione affettiva relazionale. Attraverso le riformulazioni del clinico, infatti, il paziente può riconoscere - e farsene consapevole - il peso della sua partecipazione attiva alla sua storia e, in questo senso, rinarrarne presente, passato e futuro. In maniera molto chiara, Bowlby suggerisce l'opportunità, all'interno del contesto psicoterapico, di aiutare i pazienti a comprendere come i loro modi di organizzare la realtà e le relazioni, ivi inclusa quella col terapeuta (perno e tara insieme del lavoro psicoterapico), siano stati condizionati, influenzati e talvolta “distorti” e abbiano preso forma da esperienze vissute con le figure genitoriali durante l'infanzia. Tale necessità verte essenzialmente sull'assunto per cui le prime esperienze affettive di un individuo condizionino la successiva capacità (e modalità) di costruire legami affettivi. Aiutare il paziente a riconoscere il suo intenso bisogno di affetto e le emozioni e reazioni emotive che nel corso degli anni si sono cristallizzate attorno a tale bisogno, in maniera tale da favorire

³³ Coerentemente con tale dispositivo teorico, lo stesso Bowlby suggerisce che molte forme psicopatologiche siano da attribuirsi sia a deviazioni nello sviluppo del comportamento di attaccamento, sia a un mancato raggiungimento di tale sviluppo.

l'emersione del *vero sé*, in contrapposizione a quello che Winnicott ha definito il *falso sé*, frutto di tali esperienze, è, dunque, uno dei compiti del terapeuta (Bowlby, 1979). Ad essere cruciale, quale fattore di promozione del cambiamento, dunque, non è solo l'acquisizione di consapevolezza circa le modalità di interfaccia relazionale agite dal paziente, quanto l'esperienza da questi vissuta nel contesto psicoterapico col clinico. Gli elementi fondanti e costanti del setting consentono, infatti, la progressiva interiorizzazione di un nuovo oggetto interno e, con esso, di una nuova relazione oggettuale, significativa al punto da essere cruciale nella promozione di un nuovo assetto relazionale. Tra i suggerimenti che lo stesso Bowlby avanza relativamente ai compiti terapeutici viene indicata la necessità che il terapeuta pre-disponga le condizioni affinché il paziente possa esperirlo come "base sicura dalla quale partire per esplorare i diversi aspetti infelici e dolorosi della sua vita", sì da potersi consentire di conoscere la modalità con la quale vengono intrecciate le relazioni con gli altri, ivi incluso il terapeuta, potendo correlare la funzione di entrambi i diagrammi relazionali con quello che Luborsky definirebbe il terzo vertice del CCRT, ossia l'insieme delle situazioni e degli eventi relazionali del passato – infanzia e adolescenza – specialmente con i genitori e le figure di riferimento. A questo punto l'obiettivo cruciale del lavoro psicoterapico diviene quello di rendere il paziente consapevole dei modelli relazionali che in lui sono operativi e che orientano le sue interazioni coerentemente con le fantasie di relazione a cui il suo passato affettivo lo ha abituato. Tale passaggio consente, dunque, al paziente di riconoscere prima e di elaborare poi le origini delle sue categorie mentali e affettive e di comprendere anche quelle di chi con lui entra in relazione. In questo senso, lo stesso Bowlby (1989) suggeriva, come accennavo prima, 5 compiti terapeutici - in realtà, direi, più dei passaggi a cui aderire in una sequenza di fatto naturalmente strutturata su una logica temporale che veri e propri compiti - che mettano il paziente nelle condizioni ottimali affinché questi possa consentirsi di esplorare i propri modelli relazionali, comprenderne il profilo e riorganizzarli e "ristrutturarli" alla luce dei nuovi vissuti esperienziali sperimentati della relazione terapeutica. Essi sono così riassumibili: 1. Il terapeuta si fa base sicura per il paziente sì da consentirgli di esplorare gli "aspetti infelici e dolorosi della sua vita"; 2. Il terapeuta sostiene il paziente e lo aiuta ad esaminare le

modalità con cui questi entra in relazione con il mondo, secondo quali fantasie e tendenze inconse; 3. Il secondo passaggio verrà esteso poi alla relazione del paziente con il clinico, sì da rendere evidenti le modalità operative nei confronti delle figure di attaccamento; 4. Il successivo passaggio, forse uno dei più dolorosi, consiste nell'aiutare il paziente a correlare le attuali percezioni e fantasie agli eventi e agli episodi relazionali dell'infanzia e dell'adolescenza, consentendogli così di mettere a fuoco ed elaborare contenuti fino a quel momento inaccettabili; 5. In ultimo, si aiuta il paziente a riconoscere come i modelli interiorizzati ed operativi fino a quel momento possano risultare disfunzionali e inappropriati, sì da favorire il ricorso a nuove alternative e strategie. In questo ultimo passaggio, la relazione col clinico funge anche da metro in riferimento al quale tarare la qualità affettiva delle nuove relazioni.

Coerentemente col funzionamento del dispositivo che ha favorito la interiorizzazione di tali modelli nella equazione affettivo/relazionale del paziente, analogamente si va progressivamente istituendo, quindi, un nuovo nucleo operativo, quello della relazione col terapeuta che fungerà da modello, tarato questa volta (si spera!) sull'esperienza di un nuovo vissuto, quello, cioè, che avrebbe consentito al paziente di esplorare avendo come punto fermo la "base sicura" fornitagli dal clinico. E' su questa dinamica che si impernia l'efficacia della componente esperienziale quale fattore strutturante il cambiamento in psicoterapia: a riguardo molto si è dibattuto circa la priorità causale del fattore esperienziale piuttosto che dell'insight³⁴, per lungo tempo ritenuto unico, o (successivamente) quanto meno primo, responsabile nella determinazione del cambiamento. Simpatico, a riguardo, l'aneddoto riportato dalla McWilliams:

Un paziente piuttosto oppositivo di un mio collega ha recentemente commentato, in questo caso con notevole sarcasmo: "Finalmente ho capito. Lei pensa che io abbia bisogno di una nuova esperienza. E crede che sarà lei questa nuova esperienza?!" (N. McWilliams, 2004)

³⁴ *Insight*: la capacità di comprendere le origini e i significati inconsci dei propri sintomi e del proprio comportamento (Gabbard, 1991)

Altrettanto significativa, a riguardo, la riflessione di M. Grasso (comunicazione personale, 2009), secondo cui l'esplorazione fonda l'estraneità, a discapito della familiarità. La rinuncia da parte del paziente alle modalità relazionali acquisite, che avevano dato forma e contorni alla domanda/proposta relazionale avanzata al clinico, si insinua proprio nell'abbandono dei dispositivi relazionali familiari al paziente, consentendogli, nella misura in cui questi riesca a mettersi nelle condizioni di sperimentare l'estraneità, di entrare col clinico in un contatto tale da consentire l'apertura di uno spazio di intimità e, dunque, di alleanza di lavoro, a discapito delle precedenti dinamiche che della singolarità di *quel* clinico non potevano tenere conto. Lo spazio dell'intimità si apre, in effetti, solo nella misura in cui sia reso possibile l'incontro tra l'individualità del clinico e quella del paziente: finché restino in piedi le proposte relazionali cristallizzate, la proiezione cucita sul terapeuta ne maschera la reale identità relazionale che viene invece ricondotta a quella della figura di attaccamento del paziente, rendendo quest'ultimo cieco e incapace della intimità che si fa, dunque, oltre che obiettivo ultimo, anche presupposto del lavoro terapeutico, nonché artefice inconsapevole di un registro relazionale che confermerà quanto di disfunzionale lo abbia, verosimilmente, indotto ad avanzare la richiesta d'aiuto al clinico. Solo nella misura in cui vengano neutralizzati o quanto meno depotenziati, attraverso l'acquisizione di consapevolezza, i dispositivi relazionali che il paziente pone in essere nell'interazione col clinico e nella domanda a questi avanzata al momento della richiesta d'aiuto, si rende possibile la dimensione di intimità sulla quale strutturare il nucleo esperienziale del lavoro psicoterapico, nonché la progressiva co-costruzione dell'alleanza di lavoro. Essa si determina sul concepimento, ora, di una nuova domanda di relazione da parte del paziente, il quale, potendo finalmente rinunciare alle difese che lo avevo indotto ad avanzare al clinico una richiesta d'intervento impostata sul meccanismo della scissione e tarata su modelli relazionali coatti, diviene capace di pensare, assieme al clinico, una domanda di intervento evoluta e non più scissa. Ecco allora giustificarsi l'espressione di 'terreno comune' in riferimento al concetto di alleanza terapeutica, laddove su tale spazio concettuale, si costruisca, anche attraverso il contributo tecnico, oltre che umano, del terapeuta, l'impalcatura della nuova storia del paziente. A riguardo, nella misura in cui si

parli di psicoterapia psicoanalitica, il repertorio tecnico del clinico, prevede l'utilizzo di una commistione di interventi, opportunamente dosati e pensati, di tipo espressivo e supportivo, ferma restando l'interpretazione, lo strumento d'elezione di un approccio che attinga alla dimensione psicodinamica, profonda del soggetto (Gabbard, 1994). Tali interventi, orientati nella direzione della sospensione dell'azione e dell'analisi delle fantasie agite evocate dalla relazione (Grasso, Cordella, Pennella, 2003), vengono usualmente classificati in *tecniche espressive e tecniche supportive*, a seconda che mirino alla analisi delle strategie difensive e all'emersione dei contenuti inconsci, secondo i principi della psicoanalisi classica (a questa categoria appartiene l'*interpretazione*), o, piuttosto, al sostegno ed al rafforzamento delle difese. Nei fatti, la pratica clinica prevede il ricorso ad entrambe le categorie, che risultano essere, peraltro, non discrete quanto, piuttosto, disposte lungo un continuum espressivo-supportivo³⁵. A sintesi di quanto appena detto, la riflessione di M. Grasso (comunicazione personale, 2009), secondo cui *l'esplorazione fonda l'estraneità, a discapito della familiarità*, si pone come metafora del cambiamento terapeutico, del cambiamento nei termini di modifica dei MOI e della modalità relazionale nella cui forma viene avanzata la domanda al clinico, nonché, assumendo *l'esplorazione* in senso letterale e non metaforico, come significante anche dell'efficacia e del funzionamento della strumentazione tecnica del clinico.

Riassumendo, dunque, i principali fattori determinanti il dispiegarsi del cambiamento all'interno di un percorso psicoterapico a matrice psicoanalitica, individuabili in una dimensione tecnica, risultano essere collocati lungo un continuum espressivo-supportivo di interventi, che si dispiega in un campo bi-personale co-costruito da paziente e clinico. In tale dimensione diadica si collocano il contributo esperienziale, insieme con quello tecnico: l'intervento si sostanzia, cioè, nella progressiva costruzione di un'alleanza terapeutica tra i due partecipanti al processo, quale presupposto della relazione d'aiuto.

³⁵ Ai due estremi del continuum troviamo l'*interpretazione*, collocata sul polo espressivo, e la *conferma* posta invece sul polo supportivo; al centro vi sono invece progressivamente *confronto, chiarificazione, incoraggiamento ad elaborare, convalidazione empatica e consigli ed elogi* (Gabbard, 1991)

Essa viene resa possibile grazie alla graduale individuazione di uno spazio d'espressione che apra una breccia nel ventaglio di possibilità relazionali del paziente, a seguito del riconoscimento prima e dell'abbandono poi di quella cronicamente messa in atto, nonché grazie anche alla partecipazione qualitativamente empatica e disorganizzante³⁶ insieme del clinico. All'interno di tale quadro si produce l'interiorizzazione di un nuovo pattern relazionale parallelamente alla messa a fuoco e alla conoscenza del vecchio, sì da promuovere la graduale costruzione del cambiamento, sia esso da intendersi, in questo senso, sia come maturata capacità di istituzione di una relazione intima (a partire dalla quale viene dato avvio al nucleo della alleanza terapeutica), sia come apprendimento ed interiorizzazione (a seguito dell'esperienza col clinico) di nuove possibilità di pattern relazionali. A riguardo, Dazzi e De Coro (2001), fanno notare come gli studi sulla tecnica psicoanalitica abbiano gradatamente spostato l'attenzione dall'insight al fattore esperienziale e relazionale quale principale fattore di cambiamento: l'interiorizzazione di una nuova modalità di reciproca regolazione affettiva nella dimensione diadica risulterebbe uno dei nuclei fondanti del processo terapeutico. Del resto, numerosi contributi teorici hanno evidenziato e rivendicato la potenza terapeutica dell'elemento relazionale/esperienziale nella costruzione del cambiamento terapeutico, soprattutto nell'ottica in cui ad avere priorità eziologica nella determinazione del disagio psichico all'origine della richiesta d'aiuto sia non più il *conflitto intrapsichico* quanto, piuttosto, *conflitti di configurazioni relazionali interiorizzate* (Aron, 2004). In una direzione di questo tipo, l'approccio mono-personale che aveva, dagli albori della cultura psicoanalitica, caratterizzato l'intervento psicoanalitico, viene, a partire da qualche decennio, scalzato da una concezione *bi-personale* della relazione clinico-paziente, sì da mettere in evidenza gli effetti della relazione nel processo psicoterapeutico. In altre parole, il peso affettivo, interattivo della relazione terapeutica, è stato negli ultimi decenni rivendicato dalla

³⁶ L'aggettivo *disorganizzante* dispiega il suo senso attraverso la riflessione sulla disconferma delle richieste collusive avanzate al clinico e, dunque, sulla conseguente apertura di uno spazio di pensiero alternativo (e pertanto disorganizzante) all'ordine relazionale atteso.

prospettiva relazionale che ha debitamente sottolineato come il fattore esperienziale costituisca un contributo sostanziale ai fini del cambiamento psicoterapico. L'esperienza affettiva che il paziente sperimenta nel cono interattivo che condivide con la figura del terapeuta, determinerebbe una variazione rispetto alle configurazioni relazionali che operano al suo interno quali modelli di relazione e produrrebbero una equazione ulteriore, in grado di intervenire quale alternativa significativa e funzionale a cui riferirsi in vece dei precedenti pattern. A riguardo, dati empirici mettono in evidenza come l'alleanza tra clinico e paziente abbia sull'esito della terapia un effetto maggiore di qualsiasi altro elemento o aspetto (Safran, Muran, 2000). Tale alleanza sarebbe in realtà, dunque, sia presupposto che obiettivo del lavoro psicoterapico: *presupposto* nella misura in cui essa rappresenti il momento successivo alla identificazione e alla produzione di quella che nel linguaggio teorico dell'*analisi della domanda* viene definita una richiesta d'aiuto evoluta; *obiettivo* nel momento in cui, al tempo della richiesta d'aiuto, la costrizione all'interno di configurazioni relazionali cristallizzate, adesivamente agganciate a fantasie di relazione che si tenta, seppur inconsciamente, di evocare e attivare, limiterebbe la autenticità dell'incontro, compromettendo la nascita della alleanza di lavoro. Per intendere una riflessione di questo tipo basti ragionare sull'implicito al costrutto di alleanza di lavoro, ossia il perseguimento di obiettivi condivisi da paziente e terapeuta (*alleanza come presupposto*): perché sia percorribile tale condivisione, senza incorrere in esiti collusivi, è necessario che gli obiettivi in questione siano pensabili nei termini di una domanda di intervento evoluta e siano quindi l'esito del pregresso lavoro di clinico e paziente sulla richiesta collusiva da quest'ultimo avanzata in prima battuta (*alleanza come obiettivo*). Nell'ottica, poi, di una prospettiva che attribuisca alla quota esperienziale un contributo significativo nella determinazione del cambiamento, la dimensione di intimità della coppia clinico-paziente, che nel campo intersoggettivo del trattamento verrebbe a costruirsi, è pensabile funga, nel *lì ed ora* - ossia nella rete attuale di relazioni della vita del paziente - da cornice di riferimento entro cui orientare i contorni di una nuova matrice relazionale, tarata sulla intimità di una interazione che consenta al paziente di *vedere* il terapeuta senza la necessità di filtrarlo attraverso antichi pattern relazionali. La cornice affettiva all'interno della quale si iscrive lo scambio

clinico produrrebbe delle modificazioni, dunque, sia nei termini di un apprendimento rispetto a modelli operativi alternativi, sia nel senso della novità di una esperienza affettiva che su tali modelli si impernia.

Il senso ed le manifestazioni del cambiamento

Il tema del cambiamento in psicoterapia psicoanalitica accende, dunque, come abbiamo visto nel precedente paragrafo, anche la questione circa la priorità causale, quindi, se vogliamo, anche temporale, dell'insight rispetto alle modifiche in itinere nelle modalità di organizzazione dell'esperienza e di gestione degli ambiti di espressione del soggetto. A riguardo, il dibattito sul senso e sulle manifestazioni del cambiamento in psicoterapia risulta ancora aperto. Per quanto concerne il senso del cambiamento, è essenzialmente possibile riconoscere due posizioni fondamentali circa la priorità temporale della consapevolezza rispetto ai mutamenti che hanno luogo durante il percorso psicoterapico. Data l'interpretazione come strumento principe delle psicoterapie a matrice psicoanalitica, si sostiene, da un lato, che il cambiamento abbia luogo a seguito dell'avvenuto insight⁴, pertanto, motore delle modifiche comportamentali e relazionali del soggetto, si ritiene sia l'abbandono di modalità disfunzionali, una volta compresa la validità che queste avevano ai fini del mantenimento di un equilibrio psichico. La presa di coscienza, cioè, di nuove possibilità di movimento che non risultino più incastrate nei precedenti repertori comportamentali, insieme con la risoluzione dei nodi sui quali si imperniavano tali modalità, consentirebbe l'apertura alla dimensione decisionale del soggetto. Questi, avrebbe ora innanzi un ventaglio di possibilità alternative a quella precedentemente consolidata, tale da recuperare il potere di scelta rispetto alla adesione ad antichi modelli, evidentemente non più validi nella misura in cui sia stata avanzata una richiesta d'aiuto. Tale assunto verte sui presupposti teorici dei principali autori che abbiano trattato l'aspetto relazionale insieme con quello intrapsichico, in riferimento anche al rapporto col clinico. Che si parli di Fantasia Relazionale Prevalente (De Coro, Grasso, 1988; Grasso, 1997;

Grasso, Cordella, Pennella, 2003), di Scena Modello (Lichtenberg, 1995), di Tema Relazionale Conflittuale Centrale - CCRT (Luborsky, 1989), ad essere oggetto di osservazione per il clinico è il repertorio emozionale e comportamentale, dunque transferale, che il soggetto riporta nella dimensione relazionale col clinico, aderendo ad un modello-stampo di funzionamento evidentemente appreso, consolidato ed utilizzato altrove. La modalità proposta all'atto dell'avanzamento della richiesta d'aiuto e nell'istituirsi della relazione col clinico funziona come pretesto per la decodifica e la comprensione della fantasia relazionale prevalente che viene agita dal richiedente e sulla quale verrà successivamente imperniata parte del lavoro terapeutico.

Tornando alla questione di partenza, dall'altro versante, assunti, comunque, i presupposti teorici appena elencati, si sostiene forse, ma (è ovvio) non in una maniera così netta, una sequenza temporale opposta, pertanto, un opposto rapporto di consequenzialità, tra cambiamento e consapevolezza. In questa direzione il cambiamento prodotto dagli effetti della relazione col clinico, porterebbe ad una scoperta di sé in un movimento relazionale, emozionale ed intrapsichico diverso rispetto allo spazio di azione all'interno del quale il soggetto si era precedentemente mosso. L'insight conserverebbe comunque il ruolo di ingranaggio principale, ma il fattore esperienziale ne coordinerebbe e agevolerebbe, forse, l'emersione. A tale riguardo, anche Schafer (1999) sottolinea come la relazione col clinico consenta la nascita di un nuovo oggetto interno e, con esso, di una nuova relazione oggettuale in grado di funzionare da matrice per le successive e di produrre e promuovere all'interno e attraverso di essa il cambiamento.

A questo punto si fa doveroso introdurre una specificazione che consenta, nella migliore delle ipotesi, di mettere insieme i due punti di vista, dimostrando la validità di entrambi. E' opportuno, cioè, chiarire cosa si intenda per consapevolezza e quali risvolti essa produca in relazione al soggetto richiedente l'intervento psicoterapico, tali da giustificare la pretesa concettuale del cambiamento. In questa direzione potrebbe essere utile distinguere, in senso orizzontale, due livelli di consapevolezza: possiamo, cioè, parlare di *consapevolezza nel cambiamento*, intesa come processo di comprensione e mentalizzazione circa la propria equazione emozionale e relazionale; e di *consapevolezza*

del cambiamento, da intendersi invece come la scoperta di sé in comportamenti, reazioni ed emozioni diverse, e verosimilmente più funzionali, rispetto a quanto precedentemente agito. In questo secondo caso è possibile pensare ad un insight retroattivo, che si struttura sull'immediatezza della avvenuta messa in atto di quanto acquisito e assimilato della nuova relazione oggettuale: sarebbe, cioè, la manifestazione del cambiamento prodotto come risultato dell'avvenuta assimilazione e come risultante dell'accomodamento in atto, per dirla in termini piagetiani - o, se vogliamo una maggiore sofisticazione concettuale, che renda anche giustizia del processo di emersione delle risorse del soggetto, aristotelici, nella misura in cui pensiamo a quanto diviene atto, come esito di ciò che era in potenza - di un nuovo dispositivo relazionale. In questo senso, è pensabile che cambiamento interno e consapevolezza si interfaccino lungo un continuum che è il percorso psicoterapico, come processo che porterà alla promozione di un equilibrio funzionale al benessere, attraverso l'individuazione del soggetto, che passi sia per il riconoscimento e l'evitamento di quanto disfunzionale, sia per la maturazione di un atteggiamento naturalmente orientato alla creazione di presupposti d'azione alternativi.

Volendo azzardare una visione più maliziosa, si potrebbe aggiungere che, a fare da ponte tra i suddetti due momenti della consapevolezza, un contributo possa averlo la presenza di componenti suggestive rispetto all'aspettativa del buon esito del trattamento. L'insight, in questo senso, potrebbe generare, laddove ci sia una più che ragionevole fiducia nella figura del clinico, ovvero, per dirla nei termini proposti da Grasso, Cordella, Pennella (2003) laddove non sia stata riconosciuta, dunque pensata, una domanda di mutamento preordinato o addirittura di trasformazione, un processo simile alla "profezia che si autoavvera", tale nella misura in cui il riconoscimento di quanto disfunzionale induca un atteggiamento di attiva selezione rispetto a tale criterio, piuttosto che un naturale evitamento³⁷. Verrebbe da dire che laddove si raggiunga un buon esito, seppur veicolato da

³⁷ Un facile esempio di un fenomeno di questo tipo lo riscontriamo in quelle che viene comunemente definita "luna di miele" del processo psicoterapico: poco tempo dopo l'avvio di un percorso psicoterapico è facile che si verifichino dei (suggestivi) miglioramenti nella vita del paziente che, com'è ovvio, poco hanno a che vedere con reali modifiche strutturali.

elementi suggestivi, eventualmente rafforzati dal progressivo consolidarsi dell'alleanza terapeutica, ben venga il risultato, nella misura in cui, però, tali quote suggestive vengano adeguatamente riconosciute e monitorate in itinere dal clinico e supportate da reali e sostanziali modificazioni strutturali.

A questo punto, analogamente, a diverse possibilità interpretative si presta anche il concetto di cambiamento, a seconda che lo si pensi, come la capacità (discriminativa, oltre che strutturale) acquisita, di riconoscere ed evitare attivamente contesti e situazioni che riconducano a possibilità di azioni riconosciute come disfunzionali, o come maturata propensione a preferirne naturalmente di altri, ove il dispiegarsi delle vicende della esistenza non necessiti, piuttosto scoraggi, il ricorso a modalità disfunzionali. Probabilmente, anche qui, sono vere entrambe, soprattutto nella misura in cui l'una funzioni da rinforzo per lo sviluppo e la promozione dell'altra.

Concludendo, quindi, consapevolezza nel cambiamento e consapevolezza dell'avvenuto cambiamento rientrano, entrambe a pieno titolo, come componenti strutturanti il cambiamento in psicoterapia, laddove alla prima si possa dare una maggior valenza di promozione e assimilazione e alla seconda un significato di accomodamento e verifica dello stesso. Le medesime categorie concettuali sembrano prestarsi bene anche alla comprensione del concetto di cambiamento, globalmente inteso, in ultimo, come completa individuazione del soggetto, recupero dell'efficacia dell'azione e maturato orientamento al benessere.

Bibliografia

Aron L. (2004), *Menti che si incontrano*, Raffaello Cortina, Milano.

Bowlby J. (1982), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Bowlby J. (1989), *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Dazzi N., De Coro A. (2001), *Psicologia dinamica. Le teorie cliniche*, Editori Laterza, Roma – Bari.

De Coro A., Grasso M. (1998), *La consultazione psicologica in un Centro di Psicologia Clinica. Note sull'osservazione del transfert nella fase di valutazione*, in "Rivista di Psicologia clinica", I, pp. 149-60.

Foglio Bonda P. (1991), *Il cambiamento in psicoterapia psicoanalitica*, in P. Gentili (a cura di), *Il cambiamento terapeutico: modelli, verifica e tecniche*, Borla, Roma.

Gabbard G. (1994), *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Grasso M. (1997), *Psicologia clinica e psicoterapia. Teoria e tecnica dell'intervento psicologico*, Kappa, Roma.

Grasso M., Cordella B., Pennella A. R. (2003), *L'intervento in psicologia clinica. Fondamenti teorici*, Carocci, Roma.

Grasso M., Cordella B., Pennella A. R. (2004), *Metodologia dell'intervento in psicologia clinica*, Carocci, Roma.

Holmes J., (1994) *La teoria dell'attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Lichtenberg J.D. (1995), *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Luborsky L. (1989), *Principi di psicoterapia psicoanalitica. Manuale per il trattamento supportivo-espressivo*, Bollati Boringhieri, Torino.

McWilliams N. (2006), *Psicoterapia psicoanalitica*, Raffaello Cortina Editore, Milano

Pennella A. R. (2005), *Realtà materiale e realtà psichica in Psicoterapia. Riflessioni sulla teoria dell'attaccamento e sul transfert*, in A. R. Pennella (a cura di), *Realtà e rispecchiamento. Dalla teoria dell'attaccamento alla relazione terapeutica*, Edizioni Kappa, Roma.

Safran J.D., Muran J.C. (2000), *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Tr. it. Laterza, Roma-Bari 2003

Schafer R. (1984), *L'atteggiamento analitico*, Giangiaco Feltrinelli Editore, Milano

Schafer R. (1999), *Rinarrare una vita. Narrazione e dialogo in psicoanalisi*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.