

QUALCHE INTERROGATIVO SULLA TALKING CURE

Antonio Imbasciati

La psicoanalisi è stata definita la “talking cure”, ovvero una cura attraverso la parola. È proprio la parola, la verbalizzazione dell’interpretazione che agisce sul paziente? È oggi questo in discussione.

È unanimemente risaputo e osservato in tutti i Centri della Società Psicoanalitica Italiana come in questi ultimi trent’anni gli analisti si siano trovati a fronteggiare pazienti “difficili” o comunque pazienti molto diversi rispetto alle indicazioni del trattamento classico. Il fenomeno è stato segnalato dall’IPA anche in altri paesi. Si è parlato di cambiamento delle patologie e lo si è imputato, talora al cambiamento sociale, talora a una differente selezione dei pazienti che arrivano all’analisi, talaltra alle mutate condizioni di allevamento dei figli, in particolare alle diverse condizioni di accudimento dei neonati che avrebbe cambiato la struttura di base della mente, o infine lo si è imputato a mutate condizioni di tecnica e di formazione degli psicoanalisti. Alcuni autori hanno infatti sottolineato come il progresso della tecnica psicoanalitica abbia permesso di entrare in strati più profondi, “rocciosi”, della personalità, prima ignorati in quanto i casi in cui questi erano alla base della patologia venivano dichiarati non analizzabili: il perfezionamento della tecnica e dell’equipaggiamento degli analisti ha consentito attualmente di affrontare anche questi casi, e così ha permesso di mettere in luce i processi che ne stavano alla base. Ciò ha però messo gli analisti di fronte a difficoltà nuove.

A livello clinico si sono descritti pazienti gelidi, antiempatici, alessitimici, impervi nell’insight, manipolatori, agenti e agentigeni (sull’analista), che comportano seri cimenti interpersonali per il terapeuta. Alcuni di essi possono volta a volta essere stati inclusi nella categoria dei border, o etichettati genericamente come psicotici. Ma si sono descritti anche pazienti dalle apparenze meno gravi, che sembrano rispondere all’analisi, collaborare all’insight dell’interpretazione, per i quali però ci si accorge pian piano che instaurano in analisi un gioco di un “come se”, di un far finta, di una recita inconsciamente compiacente per l’analista, di una seduzione molto mascherata: pazienti che sembrano, non soltanto accettare le interpretazioni, ma anche lavorarle attivamente, assimilarle e averle assimilate interiormente, e che invece poi, spesso dopo parecchie settimane, sembrano aver cancellato completamente tutto il lavoro svolto. Con tali pazienti l’analista è diventato molto cauto nell’interpretare, attento al momento propizio, alla “temperatura” (Meltzer 1978, 1986) e al timing, più accorto di fronte alle identificazioni proiettive, più esperto in generale sul controtransfert e sui particolari aspetti di esso; attento alle situazioni primitive e alle relative forme di comunicazione, all’agito e all’enactment, pronto a regredire – monitorandosi – alle condizioni del paziente, globalmente parco di interpretazioni e attento a usare la propria rêverie, mettendosi nell’atteggiamento di un caregiver per i bambini (Greenspan 1997), per poter restituire al paziente qualcosa che possa essere davvero assimilato e avere effetto mutativo.

Eppure, in questi casi, può succedere che l’analista, pur esperto e accorto, si renda conto che l’analisi sembra aver scorso a vuoto. L’interpretazione, la più sentita, e condivisa, la più compresa nel transfert e nel controtransfert, e con cura selezionata e calibrata nelle parole, offerta nel clima e nei tempi più propizi, sembra aver avuto poco o nullo effetto. Cosa c’è dunque che in

SOTTOMESSO LUGLIO 2010, ACCETTATO DICEMBRE 2010

questi casi non funziona nella talking cure?

Sappiamo che le parole che compongono un'interpretazione, nei loro significati denotativi, non sono sufficienti: ciò che scorre, e che occorre, è una trasmissione di affetti, che possa passare attraverso le parole; si è discusso sull'empatia, sulla capacità di sintonizzazione, di rispecchiamento, di rêverie e più in generale sulle situazioni interiori dell'analista nel contesto della relazione col paziente. Tuttavia, per alcuni di questi "pazienti difficili", si ha l'impressione che tutti gli accorgimenti e avvertimenti che la nostra formazione analitica, e di training e di continuità professionale, non servano a far davvero assimilare al paziente ciò che credevamo trasmettergli; ovvero non hanno avuto effetto mutativo, a dispetto delle apparenze. Abbiamo certamente a che fare col problema dell'alessitimia, con grosse scissioni, o con tanti altri modi di etichettare i vari deficit dei pazienti di questo tipo, ma inevitabile è l'interrogarci non solo sui pazienti ma anche su noi analisti. Al di là dell'interrogarci analiticamente su noi stessi, compare un problema teorico che riguarda a mio avviso una rivisitazione dell'interpretazione. Poiché, malgrado tutti gli accorgimenti suelencati, con certi pazienti sembra che le interpretazioni prima o poi non abbiano effetto, appare legittimo interrogarsi se l'interpretazione, in quanto verbalizzazione vada considerata il mezzo principe di cura. Stern et al. (Boston Change Group 2005, 2007, 2008) hanno proposto che il fattore mutativo, in qualunque analisi, risieda in "something more than interpretation".

Occorre allora una "cura" che prescindia dalle parole? La comunicazione che, avendola riscontrata, abbiamo chiamato da inconscio a inconscio, si avvarrà pur sempre di qualche veicolo sensoriale. Forse occorrerebbe un più generale studio sulla comunicazione non verbale. Forse, visto che gran parte delle difficoltà che incontrano gli analisti con certi pazienti riguardano strutture psichiche molto primitive, e modalità relazionali altrettanto primarie, strutturatesi in epoca non verbale, dovremmo rifarci a quanto possiamo sapere, e aver sperimentato, con gli infanti. In altri termini cimentarsi con una comunicazione non verbale simile a quella che intercorre tra caregiver e infante, anche neonato; e che sappiamo avere nei neonati un valore fondamentale strutturante per le funzioni psichiche.

Di fronte alle difficoltà, che un progressivo perfezionamento della nostra tecnica e della nostra formazione ci ha permesso di focalizzare, la psicoanalisi sta profondamente cambiando, anche rispetto a certi parametri che sembravano fondamentali e immutabili pietre miliari della nostra scienza (Merciai e Cannella 2009). A questo cambiamento hanno contribuito tre ordini di contributi, quelli derivati dall'analisi infantile, dall'Infant Research e dalle neuroscienze.

L'analisi infantile ha posto l'analista di fronte al valore mutativo del gioco, anche a prescindere dal relativo contorno verbale, e ha mostrato il valore delle interazioni: di quelle motorie, visive (dialogo degli sguardi: di qui il vis a vis, trasposto anche per adulti), sonore (la voce, la musicalità), nonché, quanto più il bimbo è piccolo, della partecipazione, o meglio presenza contemporanea dei genitori in terapia. La Infant Observation introdotta dalla Bick (1964), e diffusa in Italia per merito di Dina Vallino (2004), ha portato grossi contributi e un grande stimolo, anche per altri tipi di intervento, più oltre l'epoca neonatale. L'analisi infantile ha sviluppato in pieno il concetto di relazione e ha portato l'attenzione su come la ricchezza interiore, che il concetto contiene, possa essere osservata soprattutto attraverso le interazioni, non più oggi tra analista e bimbo, ma tra bimbo e caregiver e tra questi e il terapeuta (Vallino 2009). Il valore delle interazioni dice di una comunicazione non verbale, che più caratterizzerebbe lo strutturarsi di una determinata relazione e il suo effetto mutativo e costruttivo. Se dunque le interazioni e le comunicazioni non verbali strutturarono la "struttura" (appunto) psichica di un bambino, ovvero la sua mente, e simile effetto si riscontra nelle modalità di intervento dell'analista infantile, altrettanto potremmo pensare che ciò avvenga nell'analisi di adulti, soprattutto se abbiamo intuito che il loro funzionamento mentale concerne strutture psichiche primitive.

Molti aspetti evidenziati nella psicoanalisi infantile hanno permeato l'intera psicoanalisi e

stanno assumendo la dovuta considerazione anche per l'analisi degli adulti: inoltre da alcune decadi la psicoanalisi infantile si è intrecciata con altre forme di psicoterapia. Uno sviluppo scientifico che notevolmente ha introdotto mutamenti in psicoanalisi è stato il multiforme filone che, usufruendo della Teoria dell'Attaccamento di Bowlby, si è evoluto e ramificato, a partire dai primi lavori della Ainsworth (1969), della Main (1991), della Crittenden (1981) – per citare allievi diretti –, in tante Scuole, che progressivamente e differenziatamente hanno approntato situazioni terapeutiche quasi sperimentali: dapprima per osservare il comportamento dei bambini, neonati e poco più grandi, quasi sempre nelle interazioni con la madre (e attualmente anche col padre o con entrambi i genitori), e trarne inferenze sui processi psichici che intercorrono nella relazione, veicolati dalle interazioni; successivamente per organizzare interventi terapeutici basati sull'osservazione e la comprensione delle interazioni stesse (Riva Crugnola 1999, 2007). Questo sviluppo va sotto il nome di Infant Research. I set sperimentali vanno da quelli più semplici – osservazione madre-bambino (metodologicamente organizzata) in qualunque ambiente naturale – a più vari e complessi allestimenti per meglio osservare specifiche interazioni (conservando il più possibile un ambiente naturale) per poter inferire, comprendere, eventualmente interpretare, e comunque in varie modalità intervenire. L'approccio psicoanalitico si è qui coniugato, variamente secondo le scuole, con quello comportamentale e cognitivista. Da qualche lustro gran parte delle suddette Scuole usano videoregistrazioni, che servono non solo a meglio a osservare e inferire, ma anche, riviste coi genitori, a promuovere o impostare forme di intervento terapeutico. In ogni caso il semplice rivedere il filmato è terapeutico per i genitori, spesso usato insieme a tecniche gruppali: gruppi di genitori che rivedono e discutono insieme i filmati, di sé coi propri bimbi e di altri con i loro.

Molti studiosi, per esempio Fonagy (2001) e il gruppo di Stern (1998, 2005, 2008), hanno contribuito sia a integrare che a differenziare psicoanalisi e Infant Research. Un'integrazione in atto sta producendo progressi anche nel trattamento degli adulti e ha contribuito a chiarire lo sviluppo psichico, normale e patologico, nei termini del cosiddetto processo di mentalizzazione (Fonagy 2001, Bateman e Fonagy 2004). Difetti in tale primitivo sviluppo sono infatti alla base di gran parte dei pazienti adulti ritenuti “difficili”.

Terzo contributo all'evoluzione della psicoanalisi, sia nella teoria che nella clinica, è dato oggi dalle neuroscienze. Ricordiamo, tra i più recenti contributi, quelli di Schore (2003a, b) e quelli derivati dalla scoperta dei neuroni-specchio (Rizzolatti e Sinigaglia 2006, Gallese 2007). Il cervello del bimbo, anche neonato, viene a strutturarsi per apprendimenti (oggi è cambiato il concetto di maturazione neurologica) nel dialogo col cervello del caregiver. Così pure avverrebbe il dialogo mutativo paziente-analista (Schore 2003a, b). Le situazioni denominabili col concetto di empatia hanno dimostrato consimili corrispondenze neurofisiologiche. Per ciò che concerne i neuroni-specchio, in un'attuale e dibattuta diatriba (Merciai e Cannella 2009), molti autori sostengono il loro ruolo di *mind reading neurons* nell'acquisizione della capacità di capire le emozioni altrui e di qui le proprie attraverso le interazioni. Si tratta delle interazioni motorie, le prime ad essere esplorate, e visive, centrate soprattutto sullo sguardo rivolto alle espressioni facciali (occhi e pupille comprese) altrui, confrontate automaticamente con l'efferenza motoria della propria muscolatura mimica. Sarebbero queste interazioni il veicolo sul quale si stabilisce l'empatia, e secondo alcuni la base delle identificazioni proiettive.

* * * * *

Tutto questo fa pensare al ruolo della comunicazione non verbale, di quella visiva mimica in particolare, per ciò che denominiamo comunicazione affettiva, alla quale si attribuisce un importante ruolo come agente terapeutico. Una tale comunicazione avviene sempre – da inconscio a

inconscio – e può essere costruttiva piuttosto che patogena a seconda della sintonizzazione piuttosto che della dissintonia (cfr. il concetto di “attunement”: Stern 1987) del va e vieni di messaggi veicolati dalla comunicazione non verbale.

La comunicazione bimbo/caregiver durante i primi mesi di vita pone le basi della sua struttura mentale e questa condizionerà ogni ulteriore suo sviluppo psichico. Le neuroscienze confermano questo dato evidenziando lo strutturarsi delle reti neurali che costituiscono quella che fu denominata maturazione cerebrale (erroneamente in passato attribuita alla genetica: Schore 2003a, b). Nel quadro delle ipotesi derivate dalla scoperta dei neuroni-specchio, molti autori pensano che ciò avvenga per attivazione dei neuroni-specchio del bimbo quando vede o ode configurazioni visive, o sonore, che gli emette la madre (si veda la rassegna di Merciai e Cannella 2009); in questa maniera si acquisirebbero i primi significati psichici, essenzialmente relazionali.

Quanto sopra fa pensare all’eventualità che in pazienti adulti che funzionano con modalità primitive, le comunicazioni non verbali dell’analista (di qui il vis a vis) possano avere un qualche effetto nel trasmettere quei messaggi affettivi che si vorrebbero terapeutici.

Tutti questi sviluppi hanno introdotto in psicoanalisi importanti concetti teorici: innanzitutto è cambiato (si vedano le numerose citazioni riportate da Merciai e Cannella 2009) quello di rappresentazione, inteso oggi in senso più esteso, come rappresentazione di funzioni mentali, anche elementari, e soprattutto rappresentazioni di vari “essere con”. La relazionalità si è imposta come determinante fondamentale, bidirezionale, nello strutturare la mente: le menti, del bimbo e del caregiver come nelle prime osservazioni, e comunque di e tra tutte le persone, pertanto anche tra analista e analizzando adulto. Sia l’*Infant Observation*, sia ancor più l’*Infant Research* hanno esplorato la comunicazione non verbale spontanea, espressiva, automatica, casuale, che corre nelle interazioni (dunque nel comportamento), lungo i canali visivi, sonori, tattili, motori, olfattivi. e il suo valore terapeutico: da qui opportuna appare una considerazione anche per gli adulti. Problema non facile in tale considerazione è comprendere appieno il contenuto di una comunicazione così “corporea”, che sembra sfuggire alla possibilità di coscientizzazione, anche dell’analista.

Una relativa osmosi tra l’*Infant Research* e la psicoanalisi infantile e tra queste e le neuroscienze che si sono occupate della regolazione/disregolazione affettiva madre/neonato (Schore 2003a, b), hanno chiarito, confermato, dettagliato molti passaggi evolutivi descritti dagli psicoanalisti. Si è così affermato, per esempio, il concetto di intelligenza emotiva (Goleman 1995), anche per gli adulti, e come il cervello emotivo, particolarmente il cervello destro, sia la base su cui si strutturerà ogni successivo sviluppo neuropsichico. Il succitato Schore sottolinea il lavoro del cervello emotivo nell’elaborazione di quanto il cervello sinistro potrà eventualmente coscientizzare. Molti concetti, derivati dall’integrazione, tuttora in corso, delle varie scienze stanno operando cambiamenti nella psicoanalisi. Si parla di nuovi paradigmi (Jiménez 2006). È in particolare cambiato il concetto stesso di coscienza (Liotti 1994, 2001): non più intesa dicotomicamente (coscienza sì/coscienza no: conscio/inconscio) e come dote naturale posseduta in maniera uguale da tutti gli individui e costante nel tempo, bensì come continuum di una capacità a diversi livelli individualmente posseduta, e nello stesso individuo variabile a seconda del tempo e del contesto relazionale. Questo lo si riscontra in analisi come capacità variabile di fruire dell’interpretazione al di là delle formulazioni verbali, sia dell’analista che talora del paziente stesso, nonché di fruire degli altri fattori relazionali terapeutici, e ciò a vari graduali livelli a seconda non solo del paziente, ma anche nello stesso paziente a seconda del momento e del clima della relazione con una determinata persona: quell’analista in quel momento. E comunque coscienza intesa come eventuale e variabile epifenomeno di un lavoro mentale non consapevole.

Si è parlato di inconscio rimosso e di inconscio non rimosso (Mancia 2009), primario, di inconscio rappresentato e di inconscio non rappresentato (Colombo 2008) e si sono messi in

relazione questi concetti con quello di memoria implicita e di memoria procedurale. Discorso particolare in questo contesto, che integra psicoanalisi, scienze cognitive e neuroscienze, merita la Teoria del Codice Multiplo di Wilma Bucci (1997, 2001, 2007a, b, 2009). L'autrice distingue un inconscio simbolico e un inconscio non simbolico, o meglio due sistemi, l'uno che può essere connesso con una qualche rappresentabilità, verbale e non verbale, e che pertanto può anche avere a che fare con la coscienza, e l'altro, irrepresentabile (Bucci 2009, Moccia e Solano 2009) connesso al corpo e alla memoria implicita – memoria del corpo –, assolutamente al di fuori della possibilità di essere descrivibile tramite parole o altre forme di coscienza: sarebbe questo il vero e più forte nucleo del cervello emotivo, che governa e forse determina le vicende del corpo così come quelle della mente. Il cosiddetto processo referenziale metterebbe in connessione – maggiore o minore: in quest'ultimo caso si parla di dissociazione – i due sistemi e sarebbe questo il responsabile che un significato irrepresentabile, contenuto entro qualche forma rappresentabile, per esempio l'interpretazione, ma anche e forse più entro forme visive o sonore, possa avere o no effetto mutativo sull'intero funzionamento mentale. L'effetto positivo piuttosto che negativo risiede nel grado di connessione piuttosto che di dissociazione con cui il processo referenziale mette in comunicazione il sistema rappresentabile col nucleo più profondo irrepresentabile, mai coscientizzabile (memoria implicita) del cervello emotivo. In questo quadro, “nella prospettiva della Teoria del Codice Multiplo lo scopo del trattamento psicoanalitico non viene definito come rendere verbale il non verbale, o rendere conscio l'inconscio, o avere l'Io laddove era l'Es, ma come consentire una nuova connessione dell'esperienza subsimbolica e simbolica all'interno degli schemi emozionali che sono stati dissociati e distorti. Il processo della talking cure deve necessariamente interessare entrambe le vie [neurologiche]” (Bucci 2009, p. 38).

Nel quadro del cambiamento in atto nella psicoanalisi attuale (Moccia e Solano 2009), si è confrontato il concetto di dissociazione della Bucci con quello psicoanalitico di scissione e con alcuni concetti bioniani (Ferruta 2009), ma si è anche posto in discussione il concetto stesso di rimozione, e di pulsione, e anche di conflitto, quali inferenze teoriche che si sarebbero rivelate oggi inappropriate per spiegare i processi psichici, e si è contestata l'intera metapsicologia (Fonagy 1999; Fonagy et al. 2003; Imbasciati 2007, 2010; Merciai e Cannella 2009). Si è in particolare da più parti riconosciuto che il concetto di inconscio è cambiato, e così pure la distinzione tra conscio e inconscio: non avrebbe senso concepirli dicotomicamente, postularne le contrapposizioni, o presupporre barriere, quali la rimozione, tra due sistemi. Più coerente con le attuali ricerche sarebbe invece considerare un continuum di percorribilità tra i due (American Psychoan. Ass. 2006, Colombo 2008).

Non ha senso spiegare l'inconscio, pensando a meccanismi di difesa: la mente è essenzialmente inconscia e solo una parte del suo continuo lavoro viene elaborata in qualche forma cosciente. Difese possono essere concepite come ostacoli a tale processo: non difese “contro” l'inconscio, bensì particolarità di quei collegamenti (reti neurali) che possono permettere una qualche trasmissione del lavoro inconscio “verso” una qualche trasformata forma di coscienza. Schore direbbe del lavoro del cervello destro verso il sinistro. Potremmo anche dire che non ha senso presupporre una “vis a fronte” da parte dell'Io contro una “vis a tergo” dell'inconscio, ma solo un naturale fluire da questo, verso trasformate forme “meno inconse” (Imbasciati 2006). Nella qualità di tale elaborazione, dunque nelle strutture che la producono, risiederebbe la patologia piuttosto che l'ottimalità del funzionamento mentale. In questo quadro appare giustificata la critica che è stata avanzata contro un'eccessiva identificazione della coscienza col linguaggio, senza esserci interrogati abbastanza su cosa sia la coscienza stessa. Insomma, lo stesso concetto psicoanalitico di mente è cambiato, sulla scorta di nuove scoperte, permesse da nuovi strumenti (e tecnici e tecnologici e di formazione interiore) per l'indagine sul funzionamento psichico (Merciai e Cannella 2009).

In questo contesto di cambiamenti si sono messi in discussione anche alcuni aspetti del setting classico, per esempio il lettino, valorizzando invece il vis a vis come tramite di una comunicazione efficace al pari dell'interpretazione (Jiménez 2006, Benecke e Krause 2005).

Stern e il suo gruppo (Boston Change Process 2005, 2007, 2008) sostengono strenuamente che i cambiamenti terapeutici poco hanno a che fare con l'introspezione e la verbalizzazione. Dunque la struttura neurale che compie certe funzioni mentali disfunzionali, in quei pazienti che proprio per questo si vuole migliorare, può essere modificata non tanto dall'assimilazione di significati verbalizzati, trasmessi dalle parole dell'interpretazione, quanto da "something more" come dicono gli autori citati, ovvero dall'assimilazione di significati non verbalizzati, né verbalizzabili, più primitivi, preverbalbi probabilmente, veicolati pertanto da significati non verbali. Questo sarebbe valido anche per gli adulti.

Dovremmo dunque meglio studiare la comunicazione non verbale: è questa che funziona esclusivamente con gli infanti, come si è dimostrato nelle varie scuole che fanno Infant Research, nello strutturare la mente, e la struttura neurale, dei neonati e dei bimbi piccoli, ma è pure questa che, seppur non esclusivamente, funziona nell'analisi degli adulti. Sarebbe allora il "contorno" non verbale, che accompagna l'interpretazione verbale, che, senza che ce ne accorgiamo, avrebbe effetto mutativo.

* * * * *

In psicoanalisi molto si è parlato di trasmissione da inconscio a inconscio, ma poco si è a mio avviso finora considerato su quali canali comunicativi viaggino queste trasmissioni, quali significati essi trasportino, e come attraverso questi canali si svolgano gli eventi mentali che si susseguono lungo la relazione analitica.

Nelle varie modalità con cui viene condotta una psicoterapia madre/neonato-bimbo, molto si è studiato il "rispecchiamento" da parte della madre delle emozioni espresse dal bimbo, per un'adeguata restituzione affinché il bimbo stesso le "impari", e così progredisca il processo di mentalizzazione (Greenspan 1997, Bateman e Fonagy 2004). Tale rispecchiamento avviene attraverso i canali non verbali nelle interazioni (posture, sguardo, espressività mimica, intonazione, maneggiamenti ecc.) e veicola, con le sue configurazioni afferenziali (=significanti) messaggi, cioè significati, che, recepiti dal bimbo, vanno a strutturare la sua incipiente mente (e le sue reti neurali). Il bimbo a sua volta emette altrettanti messaggi. Perché tale dialogo sia promuovente lo sviluppo mentale del bimbo, anziché patogeno, occorre che la madre sappia, sia cogliere adeguatamente il messaggio del bimbo (decodifica dei di lui significati), sia rispondervi modulando il proprio messaggio (dunque emettendo congrue configurazioni di significati) in sintonia e con significati di altrettanta adeguatezza a che il bimbo possa decodificare il di lei rispecchiamento. Il tutto avviene a deboli livelli di coscienza della madre: è in gioco la memoria relazionale implicita. Quanto sopra accade tra madre e bimbo avverrebbe anche nell'analisi degli adulti (Schoré 2003a, b; Imbasciati e Cena 2010).

Un'enorme letteratura si sta dispiegando sull'argomento in queste ultime decadi, coniugando psicoanalisi, scienze cognitive, neuroscienze. Il concetto di rispecchiamento riflette e forse dettaglia quello avanzato da Bion sulla funzione di rêverie della madre, e dell'analista, e della restituzione bonificata degli oggetti cattivi trasformati in oggetti pensabili. Merito dell'Infant Research è nell'aver nel dettaglio indagato e descritto le varie modalità interazionali, ottimali piuttosto che disfunzionali, difettose, confuse, patogene, con cui si può osservare lo svolgimento del dialogo madre/bimbo. Schoré (2003a, b) ne sottolinea l'impegno dei due emisferi destri dei due dialoganti. In questo quadro si è studiato il concetto di "sensibilità" e di "responsività" del caregiver (ricordiamo per inciso come non pochi analisti affermano oggi che l'analista anche con

gli adulti deve funzionare come un caregiver) e di come, in funzione della maggiore o minore capacità funzionale del caregiver in queste sue due dimensioni, la mente del bimbo si strutturi in modo ottimale piuttosto che difettoso e patologico. Le due suddette capacità si esplicano a livello automatico, inconsapevole e dipendono dalla struttura emotiva inconscia (memoria implicita) della madre. D'altra parte la struttura che si forma nel bimbo costituisce il cervello emotivo, o intelligenza emotiva (Goleman 1995), che è la base di ogni ulteriore sviluppo della mente del futuro individuo.

Sensibilità, responsività, capacità di rispecchiamento adeguato, piuttosto che alessitimia, non rispondenza, intrusività, confusione, disorganizzazione, determineranno la qualità della struttura mentale del bimbo e del futuro individuo. I suddetti concetti, formulati nell'Infant Reserach a seguito delle evidenze sperimentali, trovano confronto e omologazione con altrettanti concetti, che, con sfumature spesso dipendenti dai termini usati, sono stati evidenziati nella psicoanalisi infantile, e che alcuni autori mettono in luce nell'analisi degli adulti (Beebe e Lachmann 2002).

Si tratta di concetti eminentemente relazionali, così come relazionali si sono individuati i MOI (Modelli Operativi Interni), in quanto modalità funzionali della mente collegabili allo stile di attaccamento in azione in quell'individuo in quel momento di quella relazione. Lo stile di attaccamento d'altra parte è stato finissimamente dettagliato: la Crittenden ne individua sedici prototipi (Crittenden 2008). Gli stili di attaccamento sono caratteristiche relazionali della memoria implicita, schemi individuali, forse individualissimi, di uno "stare con", che si conservano attivi nell'adulto. In questa prospettiva possono essere raffrontati con gli oggetti interni della psicoanalisi: questi in un primo tempo sono stati descritti in termini intrapsichici, e ciò ha favorito una sorta di loro reificazione, quasi fossero rappresentazioni simili a quelle coscientizzabili, ma via via negli sviluppi della psicoanalisi, non solo infantile, hanno sempre più assunto connotati di relazionalità; quali modi primari di viverci in relazione con dei "qualcosa", individuati in termini affettivi, che, dalla loro origine coi legami privilegiati infantili hanno assunto valore psichico strutturante per la vita adulta.

I vari eventi descritti come capacità di rispecchiamento a livello psichico, vengono dalla ricerca neuroscientifica attuale messi in connessione coi neuroni specchio nelle situazioni interpersonali definibili sotto il termine di empatia (Gallese 2007, Merciai e Cannella 2009). Questo sposta l'attenzione sugli adulti: le situazioni di empatia, da tempo riconosciute dagli psicoanalisti come fattori terapeutici nell'analisi degli adulti, corrispondono a quanto osservato nei bambini come fattore relazionale strutturante la mente; e le reti neurali. Il mutamento operato da un'analisi negli adulti, effettivo sul piano clinico, nonché convalidato del resto dal riscontro di mutamenti della funzionalità neurale, avrebbe allora a che fare con una comunicazione – empatica – che, come accade negli infanti, non è verbale; e che non è intenzionale e spesso non è consapevole. Una tale prospettiva sembra dare forza a quanto peraltro già affermato a livello clinico, e cioè che ciò che agisce mutativamente nel paziente risiede nell'assimilazione di messaggi che vanno ben oltre il contenuto dell'interpretazione verbale e spesso avvengono al di là della coscienza della coppia analitica. Sarebbe questa allora la comunicazione da inconscio a inconscio, dall'analista al paziente e viceversa, che agirebbe terapeuticamente.

Tutto quanto sopra descritto implica dunque la comunicazione non verbale: nella psicoterapia psicoanalitica coi neonati e coi bimbi molto piccoli essa è l'unico mezzo che possa agire terapeuticamente. Ma si sostiene che essa agisca anche nell'analisi degli adulti: in particolar modo essa sarebbe precipua per modificare le situazioni psichiche più primitive (Stern 1998); essa d'altronde sarebbe la responsabile delle modificazioni delle reti neurali che costituiscono la struttura di base della mente. Quanto più un paziente ha disfunzionalità in tale struttura funzionale, e di conseguenza funziona male a livello più evoluto, tanto più per l'analisi sarebbe essenziale ricorrere alla comunicazione non verbale. I pazienti "difficili" ne sarebbero campo precipuo di

applicazione. Occorrerebbe allora meglio studiare i processi e i canali attraverso i quali intercorre la comunicazione non verbale nella coppia analitica.

La capacità di usarla e il modo con cui comunque la si usa dipendono dalla struttura inconscia di base (memoria relazionale implicita, cervello emotivo) della singola persona: assai difficile pertanto è che questa la possa usare con l'intenzionalità cosciente e per determinazione volontaria. Essa agirà comunque all'insaputa del soggetto: dalla ricerca sugli infanti sappiamo quanto essa, oltre che poter essere promuovente uno sviluppo psichico ottimale, può anche essere patogena. Sappiamo che quelle madri che, edotte dai corsi di accompagnamento alla nascita, "si sforzano" di comunicare intenzionalmente a tutti i costi, al di là della loro capacità emotiva, col loro bimbo, producono effetti patogeni. Come può allora un analista usare un'adeguata capacità? A una "buona madre" le viene da usarla bene, se la sua struttura la possiede, spontaneamente e senza accorgersene: se c'è empatia col suo bimbo, l'inconscio della madre sembra poter modulare la di lei comunicazione non verbale (sguardo, voce, mimica, posture, contatti tattili propriocettivi motori e anche modulazione olfattiva) in modo da rispondere adeguatamente ai messaggi del bimbo e così organizzare e promuovere il suo sviluppo psichico. Un "buon" analista dovrebbe allora poter rispondere allo stesso modo, cogliendo i messaggi non verbali del paziente e rispondendogli in modo "benefico". Sarebbe questa la buona trasmissione da inconscio a inconscio con gli adulti? Ma è l'inconscio dell'analista sufficientemente sensibile e spontaneamente attento a far ciò? È il suo inconscio basale attrezzato per questo suo uso terapeutico? E se lo è, quanto la situazione analitica relazionale relativa ad ogni singolo paziente e a ogni singolo momento gli permetterà di usarla?

* * * * *

Come può allora funzionare un analista? Quale formazione egli riceve nel suo training a questo proposito? Gli si insegna ad ascoltare qualcosa dei propri affetti (la sua analisi personale) per capire qualcosa degli affetti del paziente (supervisione: di che tipo, per quali casi?), e lo si "attrezza" in tal modo all'ascolto transfert/controtransfert, ma, nel corrente svolgimento del training quale attualmente è praticato, ci si focalizza sull'interpretazione verbale, e si trascura quell'altra e più importante comunicazione che avviene, comunque, per fortuna o per disgrazia, a livello non verbale: nelle interazioni; che comunque avvengono e nell'analisi veicolano messaggi, coi relativi effetti, positivi e negativi. In questa prospettiva sarebbe auspicabile per gli analisti una maggiore formazione su ciò che sta a monte della comunicazione affettiva relativamente alle sue espressioni, cioè ai relativi veicoli di trasmissione.

È questa una prospettiva difficile, ma credo futuribile. Alcuni analisti infantili vi si stanno cimentando. Nel training, per esempio, si potrebbe portare l'attenzione degli analisti ad una maggior consapevolezza circa le configurazioni sensibili, sensoriali, che egli emette, automaticamente e inconsapevolmente, e circa il modo, ancor più inconsapevole, per cui egli decodifica la comunicazione non verbale del paziente. È questo possibile nella sua formazione? Potranno essere escogitate modalità per addestrarlo un po' meglio a usare ai fini dell'analisi quella comunicazione che pur sempre intercorre, al di là della parola? Credo che un'esperienza coi bimbi, neonati soprattutto, possa corroborare in questo senso la formazione dell'analista che lavorerà con gli adulti.

La prospettiva di un ricorso alla comunicazione non verbale nell'analisi degli adulti è irta di difficoltà e piena di interrogativi. Una madre trasmette, non verbalmente, al suo neonato, e questo struttura la sua mente: ma sappiamo cosa siano esattamente questi messaggi? Ne vediamo gli effetti, patogeni o promuoventi lo sviluppo, e osservando le interazioni inferiamo qualcosa di psichico: ma è questo lo psichico irrepresentabile, che scorre nella memoria implicita e che noi

ci siamo rappresentati in qualche modo? La trasmissione avviene in modo assai poco consapevole per la madre e il suo contenuto le è del tutto inconsapevole: per un osservatore, sia pure esperto, quale è la comprensione che è possibile tradurre in forme coscienti? E quale trasmissione di questo tipo egli potrebbe mettere in atto? Se si tratta di messaggi irrepresentabili, se si tratta di trasformazioni di memoria implicita, di memoria del corpo, di qualcosa di emotivo subsimbolico, come può un analista usarli? Non è una *madre-col-suo-neonato*. Serve qui il controtransfert? È questo un evento inconscio, di cui l'analista conosce quella parte che gli riesce di analizzare, che riesce cioè a rendersela cosciente: ma se si tratta di qualcosa di irrepresentabile, così come gli autori citati ipotizzano, come può il controtransfert servire? Forse non a torto la Bucci dettaglia il coinvolgimento emotivo dell'analista, che per essere efficace deve soffrire al pari del dolore (inconscio) del paziente (Bucci 2009, p. 51). Insomma i contenuti emozionali non verbalizzabili, quelli che sembrano essere agenti sul paziente, come possono essere modulati? Come può l'intenzione terapeutica dell'analista, che pur sempre è cosciente, aprire di più la strada che dal suo inconscio elabora qualche comunicazione non verbale, riuscendo a modularla in modo che sia terapeutica, allo stesso modo in cui sa modulare l'interpretazione verbale?

Questi interrogativi, suscettibili di sviluppi, per l'intera psicoanalisi, si presentano attualmente all'attenzione dei responsabili del training nelle Società aderenti all'IPA. In molte psicoterapie rivolte ai caregiver insieme con i loro bimbi, si usa addestrare il terapeuta filmando le interazioni che intercorrono tra caregiver e bimbo, per poi analizzarle in supervisione. Si usa anche filmare l'interazione del terapeuta durante l'intervento e usare anche questo per la supervisione e l'addestramento del terapeuta stesso. Può questo essere sviluppato per addestrare anche l'analista degli adulti a padroneggiare, almeno un poco, la modulazione di ciò che comunque avviene nel corso della comunicazione non verbale col paziente durante le interazioni della terapia? Potrebbe essere questo di aiuto per l'analisi di alcuni dei pazienti "difficili"? Può tale impiego tecnologico conciliarsi col clima intimo necessario all'analisi? Possono i suddetti sviluppi di Scuole psicoterapeutico-psicoanalitiche essere presi in considerazione per il training degli analisti IPA? Il presente lavoro costituisce pertanto un invito alla ricerca.

* * * * *

In questo quadro presento qui un caso che mi ha cimentato, rispetto all'analisi classica: caso assai difficile, in cui l'uso dell'interpretazione è rimasto, ovviamente, però limitato e molto ponderato, mentre è preso in considerazione quel "something more" di cui parla Stern (et al. 2005). Ritengo che il mio sia un tentativo, una prospettiva di ricerca, che attende il confronto con ciò che altri colleghi potrebbero riferire di casi simili.

Carlo

Carlo ha attualmente 65 anni ed è in analisi a due sedute vis a vis. A 14 anni ebbe un episodio psicotico acuto delirante, curato con farmaci e due ESK, rientrato dall'acuzie e seguito da una psicoterapia psicoanalitica per circa tre anni. Dopo una sospensione degli studi secondari, Carlo sembrava "normale" e si iscrisse all'università. A seguito di un blocco negli studi ebbe un'analisi a tre sedute, con una analista SPI per cinque anni. Durante questa si laureò brillantemente in ingegneria e prese regolare lavoro. All'età di 39 anni, dopo dissidi sul lavoro, tornò dall'analista, che gli consigliò di cambiare terapeuta, indicandogli il mio nome. Sette anni, a tre, poi quattro, poi cinque sedute settimanali. Sembrava rimessosi, ritrovò lavoro, si congedò da me. Dopo otto anni ritornò, dicendo che aveva bisogno: si stava ora dedicando alla sua grossa impresa familiare

e aveva dissidi e liti legali coi parenti. Nessuna relazione amicale o amorosa. Si riprese l'analisi, a tre poi quattro sedute.

Nei primi tempi, malgrado brevi momenti deliranti in seduta, il paziente sembrava rispondere adeguatamente: l'analisi verteva soprattutto sugli affetti che muovevano i suoi atteggiamenti verso i parenti, nell'enorme ostilità verso di loro, mascherata nella straripante preoccupazione di salvare l'azienda familiare di cui si sentiva erede. Una situazione costantemente persecutoria e meccanismi ossessivi servivano a negare un insopportabile vissuto di fallimento. Gradatamente presi ad accorgermi che quanto sembrava aiutarlo nel chiarire i suoi contrastanti affetti e quanto lui stesso al proposito sembrava aver capito, non veniva di fatto tradotto in quelle decisioni, da lui stesso chiaramente viste e anzi proclamate, che avrebbero risolto i problemi esterni che continuamente mi presentava come causa dei suoi mali. Gradatamente mi accorgevo che associazioni, sogni, descrizioni di sé e dei propri sentimenti che sembravano veri insight, a proposito della sua persecutorietà, delle sue proiezioni, delle sue ossessioni, si rivelavano come esercizi verbali rivolti a me per farmi vedere quanto era "bravo", mentre andavo sentendo che in lui c'era l'idea che io, per altre strade, o per premio alla sua diligente collaborazione, avrei potuto agire a sanare i suoi problemi: a togliergli le preoccupazioni, non solo circa l'azienda, ma anche e soprattutto quelle interiori su se stesso, che con lucida coerenza sembrava voler risolvere e per le quali dichiarava di volere il mio aiuto. Si rivelava in questo la transferalità di un suo enactment: così aveva sempre fatto, e ottenuto, con la madre. Si era in questo modo costruito un ideale illusorio di onnipotenza.

Le interpretazioni su queste modalità sortivano un assenso, contornato di ricordi e associazioni, che però lasciava intatto il gioco che io sentivo che egli cercava in successivi e vari modi di instaurare con me, così come ogni suo rendersi conto, esplicitato e ripetuto a me, di come i suoi moventi interiori condizionassero irrazionali condotte verso l'esterno (l'impresa familiare e ogni altro rapporto interpersonale) le lasciavano del tutto immutate, e distruttive. Veniva messo in atto un gioco perverso, come probabilmente era avvenuto coi parenti, per cui distruggeva e si distruggeva come appello disperato a che qualcuno a lui provvedesse, mentre quando l'aiuto arrivava, lo contrastava e respingeva, come fosse un attacco (proiezione: ricordo dell'ESK?) alla sua pretesa onnipotente. Questa d'altra parte sembrava essere stata alimentata e cristallizzata nell'infanzia dal suo mostrarsi "bravo", con la sua compiacenza e al di là delle sue effettive possibilità, cosicché quando non vi riusciva, riceveva rimproveri anziché comprensione, ai quali doveva ribellarsi. Contrastare in tal modo con "qualcuno" sembrava l'unica sua possibilità di contatto: anzi, di esistenza.

Questa dinamica perversa tendeva a coinvolgermi in un'atmosfera derealizzata che sentivo connessa alla possibilità di avere sempre garantite le sue quattro sedute sul lettino (dove la motricità denunciava una ritualizzazione), così come per tutta la sua vita fin dall'adolescenza egli era sempre stato garantito da un'enorme e gratuita disponibilità finanziaria. Nel suo "mostrarsi bravo" sentivo un suo tenace credere inconscio che il proprio pensiero potesse essere fabbricato volontariamente, usufruendo delle parole ricavate dall'analisi, e che questo equivalesse a realtà, e che questa potesse essere cambiata cambiando il suo pensiero, che pertanto modulava, ovviamente solo con le parole, facendo finta di aver preso dall'analisi. Nessun mio smascheramento di questa sua credenza, e del suo gioco, sortiva effetto, anzi quanto più io interpretavo tanto più egli sembrava prender gusto nel far finta di assimilare le interpretazioni, in un gioco di alternante composizione di un grande puzzle che non coinvolgeva minimamente la sua vita. Presi ovviamente a interpretare sempre di meno.

Carlo sembrava fare di tutto per rendere a me gradita la sua pseudo collaborazione: descriveva i suoi sentimenti, in realtà pseudo sentimenti, e le difficoltà che diceva l'analisi gli aveva mostrato di provare con me e verso di me. Descriveva o meglio ridecriveva anche quanto riguar-

dava i suoi giochi ossessivi, dichiarati tali da lui stesso. Esponeva ogni suo disagio con coerenza e dovizia di particolari, evacuandolo però da se stesso e tentando di depositarlo in me, con l'aspettativa che io vi provvedessi, sperimentando (giacché le interpretazioni erano per lui cose concrete, fabbricate con le parole come il suo pensiero, ed equivalenti a realtà) le varie tecniche credute più efficaci al suo intento, e cioè che io mi muovessi, facessi "qualcosa", anche solo interpretando. Poi rigirava – direi rifriggeva – interpretazioni vecchie, mostrando di averle assimilate e integrate nella sua interiorità, per poterle poi applicare in nuove sue condotte interpersonali, ma il tutto in una sorta di finzione. Questa però sembrava per lui l'unica realtà in cui poteva avere la capacità di credere, mentre nella realtà esterna continuava ad agire come se essa, e l'analisi, non fossero mai esistite. Un contorno ossessivo progressivo negli anni caratterizzò questo suo inattaccabile "come se".

Si era così andati avanti per anni, mentre Carlo distruggeva l'azienda che avrebbe voluto salvare e ne dissipava il patrimonio. Controtransferalmente si alternavano in me momenti di comprensione per i suoi handicap, e di sintonia, e speranza, ad altri, di mia rabbia per situazioni che sembravano semplici e di facile prossima risoluzione, mentre poi si rivelavano inattaccabili. Sentivo il paziente come provocatore, che mostrava la bellezza della sua collaborazione di fronte alla mia incapacità. Vi erano in me altri momenti di affettuosa pietà, e altri di scoraggiamento e rinuncia all'impresa. Sentivo che il paziente voleva immettere in me ogni sua cosa, soprattutto se cattiva: ogni pensiero molesto, equivalente in lui ai propri escrementi. Usava molto spesso la toilette dello studio e ogni interpretazione al proposito veniva ripetuta e manipolata a giustificazione che aveva "capito", ma in realtà per continuare l'agito. Di fatto, a livello cosciente in una sorta di delirio calmo e convinto, non sapeva se quanto usciva dal suo corpo fosse urina o sperma, né era in grado di percepire tattilmente quando ciò accadeva, se non guardandosi con cura preventiva ogni sua parte del corpo. Con qualche prostituta – unico contatto permessosi in tutta la sua vita – doveva chiedere alle donne com'era il suo pene, e che cosa succedeva nel coito. Parimenti non poteva distinguere l'uscita dei liquidi dal suo corpo dall'uscita di parole dalla sua bocca. Era convinto di poter così fabbricare il proprio pensiero. Né, più profondamente distingueva gli orifici del corpo tra di loro. Accanto a un suo continuo fingere di aver capito le interpretazioni, mi accorgevo che aveva una tenace opposizione a che "qualcosa" di mio entrasse in lui. Alla sua evacuazione subdolamente violenta corrispondeva la paura di una mia altrettanto violenta penetrazione dentro di lui: il tutto vissuto in termini concreti, corporei. Accanto alla sua paura sentivo un'opposizione rabbiosa a che il lasciar entrare qualcosa di me entro di lui gli dimostrasse la sua dipendenza e infrangesse la sua primitiva e denegatoria onnipotenza. E altrettanta paura che io potessi capire un suo pensiero diverso da quello che credeva di aver fabbricato con le sue parole e somministrato a me. Cioè paura che si lasciasse sfuggire qualcosa che entrasse dentro di me. Questo "qualcosa" era al contempo la "verità", la comprensione della sua disastrosa situazione interiore, della sua malattia, e qualcosa di dirompente distruttivo che poteva agire sia dentro di lui che dentro di me. Queste sue angosce, con questa sua mancanza di distinzione tra corporeo e mentale, gli impedivano ogni contatto, con me così con qualunque altra persona della sua ormai non breve vita. Il tutto veniva mascherato in un gioco di compiacenza sottile verso i vari aspetti del mio operato, che mi coinvolgeva nella sua atmosfera fuori dalla realtà.

Un disvelamento della mia impotenza, di fronte a una situazione che per entrambi si rivelava impossibile, con la prospettiva di cessare l'analisi (ormai più che decennale), non lo smuoveva: ogni volta mi pregava di continuare l'analisi.

La morte della madre, premurosamente da Carlo assistita durante una lunghissima agonia, sembrò che gli smuovesse sentimenti autentici, e questo mi fece soprassedere all'idea di decidere io la chiusura della sua analisi. Erano passati dieci anni, di questa sua seconda tranche, ma Carlo non conosceva il tempo. Maturava frattanto in me la mia esperienza analitica e le mie conoscenze

sulle psicoterapie infantili neonatali, mentre riflettevo sull'incapacità del paziente di fruire delle parole per un vero pensiero, sulle sue descrizioni di affetti come se non se ne potesse tener conto del loro impatto sulla realtà dell'azione, sulla sua incapacità di distinguere la sua recita compiacente con me da un contatto più autentico, e sui suoi riti ossessivi, che sembravano favorire, con la posizione sul lettino, una situazione avulsa dalla realtà. In occasione di una mia proposta di chiudere l'analisi e alla sua richiesta di continuarla, proposi allora di passare dalle quattro sedute sul lettino alle due vis a vis. Carlo accettò passivamente.

Pian piano appresi a stare in silenzio osservandolo e lasciando che la mia espressione, del volto soprattutto, scorresse come mi veniva. Fu per me una sorpresa il sentirmi più a mio agio col vis a vis, che di solito viene considerato più impegnativo del lettino. Per alcuni mesi Carlo sembrò non tener conto alcuno delle mie espressioni, come se non esistessi: faceva tutto da solo, esponendo ogni disagio e interpretandoselo, sulla scorta di una lucida memoria (riproduttiva come una fotocopia) di tutta la sua perpetua analisi. Poi, prolungandosi l'assenza di miei interventi verbali, prese a osservarmi e ogni volta che notava qualcosa (ma la maggior parte delle volte ne distoglieva tosto lo sguardo), mostrando meraviglia, attribuiva un significato alla mia espressione, però a suo piacere: in realtà del tutto diverso da quanto io sentivo nella situazione, corroborandolo con ripetizioni di vecchie interpretazioni, mie e soprattutto da lui "rifatte". Lo sentivo agitato nel suo arrabattarsi a dare un significato alla mia espressività. Scorrendo ancora alcuni mesi, non saprei dire quanto io avessi accentuato la mia espressività corredandola di brevissimi commenti o di qualche interpretazione, o quanto lui diventasse capace di guardarmi e cogliere mie espressioni come significative: il più delle volte però di un significato da lui a me attribuito, come se volesse convincermene, come volesse immetterlo in me con una violenta identificazione intrusiva, e per contro agendo come se con la mia espressione io volessi imporgli di ragionare (=parlare) in un modo diverso da quanto faceva. Dopodiché in vari modi ripeteva il tentativo di attribuire alle mie espressioni visive il "suo" significato, in un gioco di "far finta", con le parole. La mia espressività sembrava toccare lo scopo di far cessare il suo continuo agito di parole in quanto ciò che coglieva, cioè capire che io gli trasmettevo qualcosa senza capire cosa, se da un lato era vissuto come un'imposizione violenta al suo libero correre con le parole che egli credeva autentici pensieri, con fatica imparati attraverso l'analisi e ritenuti equivalenti a realizzazioni concrete, d'altro canto gli creava sconcerto. Questa emozione – finalmente – se da un lato veniva subito masochisticamente come un'imposizione punitiva perché "sbagliava", d'altro lato, di fronte al mio silenzio, continuava a suscitargli una certa angoscia. Dopo alcuni mesi, momento decisivo fu il suo accorgersi che aveva paura di "scoprirsi": di essere smascherato dalla mia comprensione, percepita dalle mie espressioni non verbali, rispetto a una sua pretesa, ora riconosciuta, di farsi considerare sano e intelligente. Direi un primo riconoscimento vero, dopo decenni, della sua malattia.

Io mi sentivo ora più tranquillo e Carlo sembrava diventare capace, di fronte al mio sentirmi tranquillo, di tollerare il riconoscimento delle sue incapacità mentali e di avere preoccupazioni più autentiche per la sua situazione interiore: uno stimolo ad avvicinarsi al suo mondo interno, e a me in maniera diversa. Lo sconcerto sta aumentando e Carlo appare agitato: ho l'impressione che cominci a "sentire", autenticamente, qualcosa di diverso da quanto egli "voleva sentire", e soprattutto capire (capire davvero, assimilare) che ciò che comincia a sentire – emozione – non può essere modulato a piacere.

Mi sembra che Carlo stia prendendo coscienza dei suoi handicap. Potrebbe questo essere il segno di un viraggio nella sua struttura interiore? E la mia comunicazione non verbale, quale esperienza gli sta trasmettendo?

* * * * *

Evidente è la difficoltà, quasi impossibilità, che la struttura interiore di questo paziente gli consenta di usufruire della verbalità delle interpretazioni per assimilarle a modifica della struttura medesima. La storia familiare e le ripetute lunghe analisi lo attestano. Struttura di base, cultura e difese sembrano aver costruito una barriera impenetrabile a una possibile assimilazione del vero senso, emotivo e pertanto “mutativo”, veicolato dalla verbalità. La ricerca di una diversa tecnica, o meglio di un differente modo di trasmettere messaggi assimilabili – da inconscio a inconscio, potremmo arguire – sembra invece produrre un qualche effetto. Quanto questo possa essere incrementato agli effetti dell’efficacia terapeutica – siamo nell’area dei cosiddetti fattori aspecifici dell’analisi – attende ulteriori confronti e ricerche.

Riassunto

Parole chiave: analisi dei bambini, pazienti gravi, fattori terapeutici non verbali, interpretazione

Alcune categorie di pazienti, apparentemente rispondenti al lavoro psicoanalitico, centrato sull’interpretazione, non dimostrano corrispondenti mutamenti interni, soprattutto a lungo termine, spesso prolungando indefinitamente l’analisi. Questo ha portato l’attenzione sui fattori terapeutici non verbali, che accompagnano il lavoro interpretativo. L’A. prende in considerazione gli attuali sviluppi della psicoanalisi infantile, coi bambini molto piccoli e con i neonati e i loro genitori, confrontandoli con gli sviluppi terapeutici derivati dall’*Infant Research*: l’interpretazione e la verbalizzazione non possono qui essere usate, se non secondariamente. Recenti riscontri delle neuroscienze sembrano integrare i due suddetti diversi approcci, confermando il valore strutturante della comunicazione non verbale, in particolare quella veicolata dalle interazioni, e pertanto il valore ristrutturante degli interventi terapeutici. Questo effetto agirebbe anche per le comunicazioni non verbali, interazionali, nell’analisi degli adulti: sono queste il veicolo della comunicazione affettiva inconscia che costituisce la “relazione”. Una generale progressiva valutazione della relazionalità nelle sue complesse modalità intersoggettive e anche comportamentali sta parallelamente apportando contributi e cambiamenti all’intero corpus della psicoanalisi. L’autore considera l’utilità dei suddetti sviluppi per l’analisi degli adulti, particolarmente per quei pazienti cosiddetti gravi, o comunque difficili, prospettando alcuni interrogativi sulla formazione generale degli analisti. In questo quadro si considera come i contributi della psicoanalisi infantile, particolarmente il lavoro coi genitori di neonati e bimbi piccoli, dell’*Infant Research* e delle neuroscienze, abbiano contribuito e stiano contribuendo al cambiamento di fondamentali concetti nella teoria e nella clinica dell’intera psicoanalisi.

SOME QUESTIONS ABOUT TALKING CURE

Abstract

Key Words: child analysis, serious patients, nonverbal communication, interpretation

Some types of patients seem to be able to work in their psychoanalytic treatment, but in a long term they don’t show internal changes and so their analysis goes on indefinitely. Interpretation and verbalization seem not to have any effect. So the role and the value of non verbal therapeutic factors were pointed out. The Author takes into account actual developments in infant psychoanalysis with very young children, babies, newborns and their parents, by making a comparison with therapeutic developments derived from the so called *Infant Research*: here interpretation and verbalization can’t be applied, but only in a very secondary manner. Present

neurosciences seem to integrate the two different approaches and to confirm the structuring action of non verbal communication and so the restructuring therapeutic value of this communication (chiefly that which is carried by interactions) during every analysis. A general progressive evaluation of relational factors is bringing contributions and changes in the whole psychoanalysis in the same time. The Author points out the utility of the above mentioned developments also for adult analysis, chiefly with serious patients, or those who don't benefit from a regular analysis, and he looks for some questions about general analytic training. He points out many changes in whole psychoanalytic theory and its fundamental concepts owing to contributions of child-infant psychoanalysis, Infant Research and neurosciences.

Bibliografia

- Ainsworth MD, Witting BA (1969). Attachment and exploratory behaviour of one-year olds in a Strange Situation. In BM Foss (a cura di) *Determinants of Infant Behavior*, pp. 11-136. Methuen, London.
- American Psychoanalytical Association (2006). *Panel 20/01/06 on consciousness*.
- Bateman A, Fonagy P (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorders: mentalization based Treatment*. Oxford University Press, London. Tr. it. *Il trattamento basato sulla mentalizzazione*. Cortina, Milano 2006.
- Beebe B, Lachmann FM (2002). *Infant Research and adult treatment: co-constructing interactions*. Hillsdale. The Analytic Press, New York.
- Benecke C, Krause R (2005). Facial affective relationship: offers of patients with panic disorder. *Psychotherapy Research* 15, 178-187.
- Bick E (1964). Note sull'osservazione del lattante nell'addestramento psicoanalitico. In V Bonaminio e A Iaccarino (a cura di) *L'osservazione diretta del bambino*. Boringhieri, Torino 1989.
- Bucci W (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science: a Multiple Code Theory*. Guilford, New York. Tr. it. *Psicoanalisi e scienza cognitiva*. Fioriti, Roma 1999.
- Bucci W (2001). Pathways of emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry* 21, 40-70.
- Bucci W (2007a). New perspectives on the Multiple Code Theory. The role of bodily experience in emotional organization. In FS Anderson (a cura di) *Bodies in treatment; the unspoken dimension*, pp. 51-77. The Analytic Press, Hillsdale New York.
- Bucci W (2007b). Dissociation from the perspective of Multiple Code Theory. *Contemporary Psychoanalysis* 43, 165-184 e 305-326.
- Bucci W (2009). Lo spettro dei processi dissociativi. Implicazioni per la relazione terapeutica. In G Moccia e L Solano (a cura di) *Psicoanalisi e neuroscienze*. Angeli, Milano.
- Colombo D (2008). What Use of Consciousness? A Clinical Neuroscience Roundtable. *Journal American Psychoanalytic Association* 56, 1, 273-280.
- Crittenden PM (1981). Abusing, neglecting, problematic and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction. *Merrill-Palmer Quarterly* 27, 1-18.
- Crittenden PM (2008). *Il Modello Dinamico Maturativo*. Cortina, Milano.
- Ferruta A (2009). Un'analisi scientifica del vivente. In G Moccia e L Solano (a cura di) *Psicoanalisi e Neuroscienze*. Angeli, Milano.
- Fonagy P (1999). Memory and Therapeutic Action. *International Journal Psychoanalysis* 80, 215-223.
- Fonagy P (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. Other Press New York. Tr. it. *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*. Cortina, Milano 2002.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M (2003). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press, New York. Tr. it. *Regolazione affettiva, mentalizzazione e sviluppo del Sé*. Cortina, Milano.

- Gallese V (2007). Dai neuroni specchio alla consonanza intenzionale. *Rivista di psicoanalisi* LIII, I, 197-208.
- Goleman M (1995). *Emotional intelligence*. Bantam, New York. Tr. it. *L'intelligenza emotiva*. BUR Saggi, Milano 1996.
- Greenspan S (1997). *Developmentally based Psychotherapy*. McGraw Hill, New York. Tr. it. *Psicoterapia e sviluppo psicologico*. Il Mulino, Bologna 2000.
- Imbasciati A (2006). *Constructing a Mind. A new basis for Psychoanalytic theory*. Brunner & Routledge, London.
- Imbasciati A (2007). Neurosciences et psychanalyse: pour une nouvelle Metapsychologie. *Revue Française de Psychanalyse* LXXI, 2, 455-477.
- Imbasciati A (2010). Towards new Metapsychologies. *Psychoanalytic Review* 97, 1, 73-90.
- Imbasciati A, Cena L (2010). *Il bambino e i suoi caregiver*. Borla, Roma.
- Jiménez JP (2006). After Pluralism: Towards a New, Integrated Psychoanalytic Paradigm. *International Journal Psychoanalysis* 1487-1509.
- Liotti G (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. NIS, Roma.
- Liotti G (2001). *Le opere della coscienza*. Cortina, Milano.
- Main M (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple (incoherent) models of attachment. In CM Parkes e J Stevenson-Hinde e P Marris (a cura di) *Attachment across the life cycle*, pp. 127-159. Routledge, London.
- Mancia M (2009). *Sentire le parole*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Meltzer D (1978). *Lo sviluppo kleiniano*. Borla, Roma 1982.
- Meltzer D (1986). *Studies in extended metapsychology*. The Roland Harris Educational Trust, London. Tr. it. *Studi di Metapsicologia allargata*. Cortina, Milano 1987.
- Merciai S, Cannella B (2009). *La psicoanalisi nelle terre di confine*. Cortina, Milano.
- Moccia G, Solano L (2009). *Psicoanalisi e Neuroscienze*. Angeli, Milano.
- Rizzolatti G, Sinigaglia C (2006). *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*. Cortina, Milano.
- Riva Crugnola C (1999). *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partners*. Cortina, Milano.
- Riva Crugnola C (2007). *Il bambino e le sue relazioni*. Cortina, Milano.
- Schore AN (2003a). *Affect Regulation and the Repair of the Self*. Norton & Company, New York.
- Schore AN (2003b). *Affect Disregulation and the Disorders of the Self*. Norton & Company, New York.
- Stern D (1987). *The interpersonal world of the infant*. Basic Books, New York.
- Stern D (1998). The process of Change Study Group. Non interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. *International Journal Psychoanalysis* 79, 903-921.
- Stern D, Boston Change Process Study Group (2005). The something more than interpretation revisited. *Journal American Psychoanalytic Association* 53, 3, 693-729.
- Stern D, Boston Change Process Study Group (2007). The foundational level of psychodynamic meaning. *International Journal Psychoanalysis* 88, 843-860.
- Stern D, Boston Change Process Study Group (2008). Forms of relational meaning: Issues in the relations between the implicit and the reflective verbal domains. *Psychoanalytic Dialogues* 18, 125-202.
- Vallino D (2004). *Essere neonati*. Borla, Roma.
- Vallino D (2009). *Fare psicoanalisi con genitori e bambini*. Borla, Roma.

Antonio Imbasciati
Società Psicoanalitica Italiana
Via Celio, 2 - 20148 Milano (Italia)
www.imbasciati.it - info@imbasciati.it - imbascia@med.unibs.it