

1+1=3: “Costruire il noi” nelle sedute di psicoterapia

Michael B. Buchholz, venerdì 23 aprile 2021

Special Guest: **Michael B. Buchholz**, psicoanalista e terapeuta familiare Professore di Psicologia Sociale presso l'International Psychoanalytic University Berlin Germany; Senior Researcher presso Freiburger Institut für Höhere Studien, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Germania

Con la partecipazione di: **Vittorio Lingiardi**, Professore Ordinario di Psicologia Dinamica presso l'Università “La Sapienza” di Roma, Presidente SPR-IAG; **Silvia Salcuni**, *psicologa e psicoterapeuta. Professore Associato di Psicologia Dinamica presso il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università degli Studi di Padova, Italia.*

Con il patrocinio di: Society for Psychotherapy Research – Italy Area Group (SPR - Italy Area Group).

Il prof. **Vittorio Lingiardi** ha introdotto i lavori della mattinata, ringraziando sia il prof. Buchholz per la sua disponibilità, sia la prof.ssa Salcuni per aver organizzato l'evento.

La prof.ssa **Silvia Salcuni** ha presentato l'ospite internazionale e ha brevemente fornito una visione di quelli che sarebbero stati i temi della mattinata.

Presentazione Prof. Buchholz

La presentazione del prof. Buchholz si è concentrata sul mostrare come la collaborazione tra terapeuta e paziente sia uno dei fattori fondamentali per il cambiamento in psicoterapia. L'obiettivo dell'esposizione è stato mostrare che in psicoterapia non ci si sforza di cooperare per “cambiare le persone”, ma di entrare in connessione con l'altro in modo che la coppia terapeutica, formata da due sole unità, possa creare qualcosa di più: $1+1=3$.

Questo, nella “matematica della comunicazione”, significa che i due comunicanti raggiungono un elevato livello di connessione e riconoscono i loro stati mentali come parzialmente dipendenti dalla connessione con l'altro. In terapia la coppia deve connettersi in modo molto profondo: Tronick si riferisce a questo processo con il termine “espansione diadica della coscienza”.

Ma come nasce questa terza dimensione della comunicazione? Secondo il prof. Buchholz le basi di questa possibilità vanno ricercate nella prima infanzia, quando si sviluppa la capacità di attenzione condivisa e il bambino inizia a provare il piacere “di fare insieme per fare insieme” (Harvey, Sacks). In questo momento, si sviluppa la sensazione che “la mia mente è con te”, per cui si condivide la stessa esperienza dell'adulto con un oggetto (il bambino presta attenzione non solo all'adulto e all'oggetto, ma anche all'attenzione dell'adulto sull'oggetto, poi all'attenzione dell'adulto sulla propria attenzione verso l'oggetto e verso l'adulto, e così via) Man mano che i bambini diventano degli esperti in questo tipo di interazioni, si accorgono di essere in grado di pensare a persone pensanti (Cacioppo): in questo senso si crea un vero e proprio pensiero ricorsivo, in cui “io osservo me stesso mentre parlo con l'altro e osservo l'altro che ascolta e osservo l'effetto che fa a me ascoltare l'altro e l'effetto che fa all'altro ascoltare me, e così via”, in un sistema di mutuo-monitoraggio (Goffman).

Questa abilità si sviluppa nello stesso modo in cui avviene l'integrazione multisensoriale, per cui il bambino impara progressivamente a riconoscere gli oggetti sia tramite il tatto, sia tramite la vista e ad avvertire una sua costanza di presenza nel mondo (“io e questo oggetto eravamo qui anche ieri”) grazie al progressivo sviluppo dei sistemi di memoria. Tra gli adulti, le cose funzionano più o meno allo stesso modo: se stiamo dando una festa e un nostro amico invita un suo collega, a noi sconosciuto, iniziamo a parlare con lui del più e del meno, spesso riferendoci a qualcosa di esterno a noi (un quadro, un libro): impegnarsi in questa piccola conversazione ci permette di scambiare sguardi e a sentirsi a proprio agio con l'altra persona, fino a quando la triade interpersonale si stabilizza.

Ma cosa succede se l'oggetto della conversazione è l'interazione stessa? Ecco il punto centrale della presentazione del prof. Buchholz, quella dimensione che molti analisti chiamerebbero "l'analisi del transfert". In primo luogo, mette in dubbio due dati che la psicoanalisi ha sempre dato per assodati:

1. Il transfert e la resistenza dipendono dal paziente: hanno origine unicamente all'interno del paziente e non dipendono in alcun modo il terapeuta
2. Il transfert, in psicoanalisi, prende in esame una dimensione microscopica di quello che è, invece, un fenomeno molto più ampio.

Ma come è possibile analizzare la conversazione e ridurne la complessità? Si tratta di un processo è ricorsivo e può essere spiegato in questo modo: al primo livello c'è un'espressione verbale equivalente a un gesto di *pointing*, come indicare qualcosa, che diventa un oggetto del mondo percettivo comune (gli oggetti possono essere cose nel mondo fisico, osservazioni di comportamento o stati mentali, dolori fisici e così via). Questo «indicare» rende rilevante l'aspettativa di creare uno stato di attenzione congiunta. Se il destinatario conferma il *pointing*, l'oggetto percettivo si trasforma in un oggetto di conversazione (secondo livello); entrambi gli attori della relazione possono fare riferimento a un oggetto comune e sviluppare una conoscenza effettiva dello stato d'animo e dell'affiliazione dell'altro. Viene creata e condivisa un'esperienza comune. Al terzo livello possono diventare possibili collegamenti ad altri oggetti di conversazione che possono richiedere l'uso di ragionamenti analogici. Al quarto livello il processo di trasformazione dell'oggetto può essere reso trasparente dall'uso creativo di una metafora. La conseguenza è che l'oggetto, ora in forma di metafora, può essere trattato in una modalità "come se", ovvero come se fosse un oggetto percettivo condiviso dai due partecipanti. Il processo può ritornare quindi al livello 1, producendo una spirale di trasformazione in maniera ricorsiva, che permette di passare a livelli più alti nella spirale della costruzione conversazionale. Entrambi i partecipanti si rendono conto che stanno "facendo insieme per fare insieme".

Quali sono le risorse implicite di cooperazione, oltre alle parole? Il corpo (faccia, sguardo, postura, movimento), il corpo dell'altra persona (faccia, sguardo, postura, movimenti), la voce e il timbro della voce, l'attenzione del terapeuta e il modo in cui attrae quella del paziente, il ritmo e il flusso dell'interazione, le norme istituzionali, i ruoli, le regole, il fine della cooperazione, il mondo culturale e fisico che ci circonda, la ricorsività delle conversazioni. Queste risorse sono fondamentali per **l'intersoggettività**, ma non è semplice usarle nel modo corretto. È importante imparare a bilanciare tutti questi elementi con attenzione per ottenere atti comunicativi di senso: i processi di bilanciamento e integrazione di questi aspetti sono "di ordine superiore" e vanno nella direzione di sottolineare una "Gestalt" complessiva.

I ricercatori che si occupano di analisi qualitativa dei discorsi hanno provato ad analizzare l'interazione tra pazienti e terapeuti, per cogliere i segnali di sincronia o asincronia della comunicazione e analizzare le aspettative dei pazienti. In primo luogo, questi ricercatori distinguono il racconto (report descrittivo) e la narrazione, che include una tensione crescente che viene raggiunta attraverso la drammatizzazione (e che può essere misurato attraverso la frequenza cardiaca, la risposta psicogalvanica della pelle, ecc). Durante gli scambi queste misure psicofisiologiche mostrano qualcosa di molto interessante: il narratore inizialmente prepara il preambolo che negozia il consenso dell'ascoltatore (es. "posso dirti cosa mi è successo ieri") e comunica l'aspettativa di reazioni emotive, preparando l'ascoltatore alla comunicazione successiva e preparandolo al culmine della comunicazione (climax). Generalmente quando viene raggiunto il massimo della tensione, se è presente una buona interazione comunicativa, si forma una condivisione del carico emotivo frutto dell'affiliazione (Change of State Token, CoST). questo indica che lo stato emotivo e informativo dell'ascoltatore si è modificato nel corso dell'interazione. Paradossalmente, quello che succede è che, durante la comunicazione, la tensione emotiva di chi comunica si riduce progressivamente, trasferendola in chi ascolta. Se chi ascolta, però, non è pronto a condividere il carico emotivo di colui che parla, c'è il rischio che non si ingaggi completamente nell'affiliazione e lasci il paziente con tutto il suo carico emotivo, incapace di affidarglielo o di sentirsi meglio. Quando manca questa intenzionalità comunicativa, ovvero la possibilità di condividere con il paziente non solo delle informazioni, ma anche gli stati affettivi che prova, si possono creare delle vere e proprie asincronie comunicative, che possono essere osservate chiaramente anche nel modo in cui i corpi si muovono, in un modo che conferma l'asincronia comunicativa che si è creata tra i due poli della conversazione. Anche l'analisi del respiro del paziente e del terapeuta mostra che nelle fasi di maggiore allontanamento risulta chiaramente asincrono: quando il ritmo della conversazione "inciampa" (ad esempio, a fronte di una domanda del paziente che irrita il paziente), anche il loro respiro diventa asincrono.

La buona notizia è che si possono evitare drop-out terapeutici semplicemente scusandosi per non essersi dimostrati sulla stessa lunghezza d'onda del paziente, anche solo dicendo "Mi scusi, la mia domanda deve averla irritata, non volevo

farlo”. I pazienti sono molto più propensi a perdonarci di quando pensiamo, l’importante è riuscire ad essere sinceri e genuini nella comunicazione, rispettando i loro desideri e turni di comunicazione.

Quali sono i punti salienti del discorso?

- Il paziente e il terapeuta si monitorano reciprocamente e mutualmente.
- Il paziente condivide le sue esperienze attraverso la narrazione, che include il report dei fatti ma anche un ingaggio emotivo, e si aspetta che il terapeuta a sua volta si ingaggi.
- La reale condivisione dell’esperienza è possibile attraverso il CoST, ovvero una presa in carico emotiva della narrazione del paziente (e del paziente in generale).
- Il modo in cui il terapeuta fa gli interventi o pone delle domande dà contezza al paziente del fatto che venga ascoltato oppure no; è fondamentale ricordare che lo sconforto corporeo o fisico del terapeuta può informare il terapeuta stesso della presenza di un disturbo della comunicazione – entrambi le parti possono essere vulnerabili, ma il clinico deve avere il coraggio e gli strumenti di ammettere i propri fallimenti e i propri errori.

Al termine della presentazione, il prof. Buchholz ha dato ampio spazio alle domande dei partecipanti e si è mostrato molto disponibile nel rispondere.

Venerdì, 23 aprile 2021

Recorder

Emma Francia