



Maria Gina Meacci

**ALCUNE CONSIDERAZIONI
SULL'APPROCCIO COMUNICATIVO**

Marzo 2001

ALCUNE CONSIDERAZIONI SULL'APPROCCIO COMUNICATIVO

Vorrei parlare brevemente del modo con il quale attualmente lavoro con l'approccio comunicativo. Non elencherò gli immensi vantaggi ricevuti dall'incontro con il lavoro di Langs; credo che, dalla prospettiva professionale, sia stato l'incontro più importante della mia vita. Invece vorrei parlare dei problemi che l'approccio comunicativo mi ha posto perché sono quelli che mi hanno "obbligato" ad intraprendere una strada di ricerca che è quella che desidero condividere con voi.

I maggiori problemi che ho trovato nell'applicare l'approccio comunicativo sono di due ordini differenti.

Il primo è stato cambiare la mia "mentalità psicoanalitica" con la "mentalità comunicativa"; in altre parole passare da considerare le libere associazioni del paziente come prodotti distorti delle proprie fantasie per considerarle, invece, veicoli di adeguate percezioni inconsce sul mio operato.

Credo che questo problema sia comune a tutti i terapeuti che iniziano a lavorare con questo approccio. Per molti anni ascoltando un paziente ho pensato "questa volta non può essere vero, questa volta ha percepito in modo sbagliato", purtroppo non è stato mai così. Non voglio dilungarmi su questo problema perché credo che chi legge sappia di cosa sto parlando.

L'altro ordine di problemi è quello che desidero sviluppare in questo paper. Si tratta, nella mia opinione, di un problema metodologico; anzi di due problemi metodologici, anche se molto intrecciati tra di loro.

Cercherò di sviluppare l'argomento attenendomi strettamente alla mia esperienza clinica.

Quando introdussi l'approccio comunicativo nel modo in cui ascoltavo i miei pazienti iniziai a comprendere la dimensione involutiva del parlare ogniqualvolta il mio controtransfert (visto come uno strumento adeguato, cioè visto come lo vede M. Klein) me lo suggeriva. Le mie interpretazioni riguardavano sempre il momento transferale del paziente, transfert che si dispiegava seguendo la spontaneità del suo proprio processo interno.

All'inizio del mio cambiamento, quasi in ogni seduta il paziente produceva i tre elementi individuati da Langs indicanti che si era generato nel sistema inconscio del paziente una situazione che richiedeva un mio intervento comunicativo ("Io ho detto/fatto questo, Lei parlando di questo e questo comunica che ha percepito inconsciamente queste e queste implicazioni in ciò che ho detto/fatto, queste e queste sono le probabili reazioni inconsciamente generate da tali percezioni").

Con molto sforzo e disciplina iniziai a rimanere in silenzio quando mi veniva di parlare; per alcuni anni qualora mi veniva l'impulso ad interpretare spalancavo la bocca - pregando che il paziente non si girasse in quel momento e vedesse la sua terapeuta con una espressione così inconsulta-.

Rimanevo con la bocca aperta ma senza produrre alcun suono fintantoché non si placava l'impulso a parlare.

Alcuni altri errori di cornice si corressero nel tempo grazie alle modifiche introdotte secondo le procedure dell'approccio comunicativo.

I miei cambiamenti - che resero la cornice più adeguata e sicura - comportarono che sempre in più sedute non emergessero i tre elementi indicati da Langs, io perciò rimanevo in silenzio sempre più spesso.

Le volte che sono intervenuta con "interventi comunicativi parziali" nelle sedute dove apparivano solo due dei tre elementi, i pazienti, attraverso le loro libere associazioni mi fornivano valutazioni negative/distruttive dello stesso. Ciò per me significava che alcuni miei sbagli potevano essere "metabolizzati" dallo stesso paziente e che perciò il mio era un intervento che non rispettava le sue indicazioni inconsce ma si generava, invece, da un mio bisogno di intervenire (gradualmente mi resi conto che per l'approccio comunicativo valeva la massima "tutto quello che il paziente può fare da

solo deve farlo da solo”, se il terapeuta non glielo permette egli sta generando una dipendenza non necessaria e, perciò, distruttiva del grado di autonomia raggiunto dal paziente).

Oltre alla difficoltà personale di rimanere in silenzio, c’era una difficoltà metodologica di fondo: Langs dice che la cura del paziente si produce grazie agli insight che gli offre il terapeuta attraverso gli interventi comunicativi.¹

Per me ciò significava che mentre stavo in silenzio - proprio perché non avendo sbagliato non apparivano i tre indicatori di necessità di interventi - non stavo curando il paziente; certamente i momenti di cornice sicura erano ritenuti fortemente contenitori e positivi ma non specificamente curativi. La cura vera e propria stava ancora nelle parole del terapeuta Allora cosa stavo facendo durante i lunghi periodi della terapia nei quali rimanevo in silenzio?

La questione del mio silenzio divenne sempre più pressante proprio perché con il tempo non commettevo più quasi nessun errore. Avevo a mio vantaggio il fatto che lavoravo da sola, in un ufficio silenzioso ed adeguato, la tecnica psicoanalitica mi aveva insegnato a rispettare il setting, i pazienti mi venivano inviati da colleghi (cosa che finì non appena seppero che lavoravo con l’approccio di Langs). Molte terapie erano francamente pulite fin dall’inizio... e io in silenzio. Alcuni pazienti dicevano di non poter sopportare il mio silenzio mentre altri non sembravano soffrirne. Con i pazienti che non lo sopportavano, cercai durante un periodo di intervenire ogni tanto non interpretando più psicoanaliticamente ma parlando del momento conscio/inconscio del processo che vivevano. Uno di loro, dopo che ne avevo parlato, si mostrò d’accordo attraverso una libera associazione, cioè d’accordo con il suo sistema inconscio - ma poi disse che dal giorno della seduta precedente non aveva potuto più pensare perché qualcosa gli aveva bloccato il cervello. Attualmente ritengo di avere, con i miei interventi di allora, attaccato l’autonomia dei pazienti, con il risultato che essa veniva “bloccata”.

Inoltre i pazienti che iniziavano la terapia durante quei anni la interrompevano in modo imprevisto senza che io riuscissi a comprendere cosa era successo.

Furono anni molto duri ma non potevo tornare indietro perché i pazienti che mi accompagnavano da quando lavoravo con il modello psicoanalitico avevano dei percorsi terapeutici come non avevo mai visto prima. L’approccio comunicativo funzionava ottimamente con loro, però qualcosa mi mancava e questo qualcosa non potevo offrirlo ai nuovi pazienti che non conoscevano i miei miglioramenti. La mia idea era che i “vecchi” pazienti potevano usufruire della bontà dei miei cambiamenti mentre per i “nuovi” questi erano ancora insufficienti.

Iniziai a pensare che la cura non poteva essere centrata negli insight offerti dal terapeuta perché tra me ed i miei pazienti accadevano delle cose che io non capivo, forse non le vedevo neanche, ma che sembravano essere quelle che si trovavano alla base dei loro cambiamenti. Ricordo un paziente, la cui terapia fu veramente trasformativa, nella quale non solo io non dissi mai niente ma anche lui parlò molto poco. In questo e in altri casi risultava evidente che la cura non era nelle parole. Perciò riguardo ai meccanismi di guarigione dei pazienti, la ipotesi centrale di quegli anni era che le loro trasformazioni si generavano aldilà delle parole, sia mie che loro.

Allora mi apparve un secondo problema metodologico riguardo al mio lavoro con l’approccio di Langs. Il primo si può riassumere così: se io come terapeuta posso parlare solo quando ho sbagliato e, allo stesso tempo, sono i miei interventi comunicativi quelli che guariscono il paziente si deduce che per poter guarire io prima devo sbagliare così da poter poi parlare.

Questa situazione che sembrava paradossale mi portava a pensare che mantenendo la centralità della cura nelle parole del terapeuta, l’approccio comunicativo rimaneva ancora troppo condizionato dai modelli terapeutici psicoanalitici, siano essi freudiani, kleiniani, lacaniani, etc. Allora pensavo che Langs, forse come Colombo, avesse scoperto un nuovo continente, ma mentre per molti aspetti egli era consapevole del nuovo che andava scoprendo, per alcuni altri egli credesse che si trattasse delle Indie. La centralità

¹ Tutti i riferimenti all’approccio comunicativo si basano su diversi testi di Langs, l’ultimo dei quali è “A primer of Psychotherapy”, 1988 Gardner Press.

della cura basata nelle parole del terapeuta poteva essere come le Indie [...] Colombo, una idea nota che gli aveva oscurato il capire che si trattava non delle Indie che cercava, ma di un continente completamente ignoto.

Se Langs aveva scoperto un nuovo continente relazionale, come credevo e credo ancora, forse la cura si produceva attraverso delle modalità ignote. Seguendo l'immagine delle Indie pensai che forse anche la relazione paziente/terapeuta poteva avere delle caratteristiche ancora sconosciute. Caratteristiche che potevano essere, anche loro, oscurate dalle idee conosciute che nascondevano la scoperta dell'ignoto.

Su questa ipotesi considerai la relazione paziente/terapeuta come un secondo problema metodologico che mi poneva l'approccio comunicativo. Se il primo era il meccanismo di guarigione, il secondo era la relazione psicoterapeutica.

Allora cercai di riconsiderare ciò che sostiene Langs riguardo all'interazione terapeutica: una spirale comunicativa nella quale ogni partecipante reagisce all'altro.

Non sembrava così tra me ed i miei pazienti: io, perlomeno a livello conscio, non reagivo e molti di loro sembravano completamente concentrati in un processo di cambiamento che si auto-generava in loro. Se io sbagliavo, questo processo di trasformazione si bloccava immediatamente e apparivano degli elementi parassitari. I "parassiti" erano i tre indicatori della necessità di un intervento comunicativo; una volta fatto tale intervento il paziente ritornava agli argomenti esistenziali che stava elaborando prima del mio sbaglio (anzi, l'intervento comunicativo non generava ulteriori riflessioni ma chiudeva il blocco generato dal mio sbaglio).

Ciò che vedevo in molti pazienti (non molti perché con le interruzioni e la mancanza di nuove derivazioni allora ne avevo pochi) è che cambiavano da soli attraverso dei processi auto-generati che non sembravano però potersi dare senza la psicoterapia. In altre parole i pazienti cambiavano da soli ma non in solitudine; sembrava che cambiassero solamente se c'ero io (un terapeuta) e se ero completamente presente nella relazione. Che classe di relazione era mai questa: una relazione nella quale ero completamente necessaria per fare sì che il paziente potesse mettere in moto le sue capacità trasformatrice, movimento che si generava però solo se io non intervenivo direttamente in questo processo?

Mentre ero a New York per partecipare ad un meeting, Langs mi accompagnò a comprare alcuni libri. Ricordo la sera che, ospite a casa sua, aprì "Evolution" di Erwin Laszlo e intuì immediatamente che la strada per affrontare i miei problemi con l'approccio comunicativo era quella: l'evoluzione e i sistemi complessi-evolutivi.

Tant'è che chiamo il mio modo di lavorare "sistema comunicativo-evolutivo".

Negli anni successivi mi occupai fondamentalmente di studiare e capire la classe di relazione terapeutica ed i suoi meccanismi di trasformazione dei pazienti alla luce delle teorie della complessità/evoluzione.

La prima cosa che capii fu che le trasformazioni dei pazienti erano dovute all'innescarsi di processi evolutivi e che tali processi erano fondamentalmente auto-organizzati. Così il silenzio, accompagnato dal mio essere presente nella relazione, passò da essere fonte di conflitti ad essere una condizione necessaria all'evoluzione del paziente.

Furono le teorie della complessità-evoluzione che mi permisero di rischiare l'introduzione di un nuovo cambiamento: iniziai a includere nel contratto terapeutico la frase: "lei può parlare di ciò che le viene in mente, se le viene in mente qualcosa e desidera dirlo; io di solito parlerò se lei mi fa delle domande".

Ho detto "rischiare" di introdurre la modifica menzionata perché solo lo studio dell'evoluzione mi permise di andare oltre alcune delle mie Indie: in questo caso l'idea, che data la dipendenza dei pazienti, sarei stata continuamente chiamata a parlare se solo glielo offrivo.

Ma i sistemi evolutivi hanno, invece, una naturale tendenza all'autonomia e questa si inizia a dispiegare non appena il sistema viene incluso nelle condizioni relazionali evolutive. L'unico rischio per il permanere della dipendenza non è nel paziente, ma nel terapeuta poiché egli può avere il

bisogno inconscio di mantenere (o aumentare) la dipendenza con la quale il paziente arriva alla terapia. Attualmente parlo quando il paziente me lo chiede; alcuni chiedono di più, altri meno ed altri ancora non chiedono affatto che io parli. Quando parlo utilizzo i criteri della complessità e, riunendo il materiale del paziente in quella seduta e su quell'argomento, metto insieme i brani narrativi sull'argomento della domanda, mantenendo il livello di complessità raggiunto dal paziente, in quel dato momento ed su quel dato tema.

I pazienti possono fare tutte le domande che vogliono, io però ad alcune domande non posso rispondere: consigli, opinioni su altre persone, questioni riguardanti la mia persona, cambiamenti di cornice. In tutti questi casi rispondo che non posso rispondere, mentre per richieste di cambiamenti della cornice propongo di lavorare su ciò che viene loro in mente, seguendo le procedure dell'approccio comunicativo.

Ora, se i cambiamenti dei pazienti erano dovuti all'innescarsi di processi evolutivi, come mai questi si innescavano in terapia? Cosa fornivo ai pazienti che permettesse questo innesco? Come fornivo gli elementi che rendevano possibile questo innesco di processi evolutivi?

Per rispondere a queste domande doveti allontanarmi dalla relazione terapeutica per vedere com'è che si innescavano in generale i processi di evoluzione. Perciò vi chiedo di fare insieme a me un breve viaggio nei sistemi evolutivi per poter poi ritornare alla situazione terapeutica con elementi che ci aiuteranno a rispondere alle domande appena poste.

I sistemi complessi-evolutivi si chiamano in diversi modi perché sono stati studiati simultaneamente da varie aree della conoscenza. Così si possono denominare: sistemi auto-organizzanti, sistemi caotici, sistemi lontano dall'equilibrio, etc. Un altro nome è "sistemi dipendenti dalle condizioni iniziali": ciò significa che le condizioni nelle quali questi sistemi si trovano inclusi modulano fortemente le scelte dei loro percorsi possibili.

Mi spiego meglio attraverso un esempio: all'inizio della vita nella Terra i microrganismi erano anaerobici poiché non c'era ossigeno nell'atmosfera terrestre; questi microrganismi producevano ossigeno come materiale di scarto. Quando la produzione di tale elemento raggiunse una soglia critica quasi tutti gli organismi anaerobici si estinsero ed iniziarono a generarsi gli organismi aerobici.

Noi dipendiamo dall'ossigeno dell'atmosfera terrestre (condizione iniziale) e non è detto che, contaminandola come stiamo facendo, gli organismi anaerobici non tornino ad essere di nuovo le più importanti specie del pianeta.

Anche se dipendenti dalle condizioni iniziali, l'organizzazione stessa degli organismi anaerobici o aerobici dipende da un codice genetico che gli è proprio. Certamente ci sono mutazioni casuali di tale codice e alcune di queste aumentano o diminuiscono la possibilità di estinzione o espansione degli individui o delle specie.

Questo è un esempio di dipendenza chimica: l'atmosfera nella quale sono inclusi gli organismi rende possibile l'espansione di alcune specie e impossibile quella di altre.

Nel corso dell'evoluzione della vita si generarono altre classi di dipendenze (per esempio quella biologica), ma io desidero ora soffermarmi su quella che posso chiamare "dipendenza relazionale". Quando nasce tale dipendenza nel corso dell'evoluzione delle specie e che classe di dipendenza è? In moltissime specie le uova dei piccoli sono deposte in luoghi più o meno sicuri e la schiusa avviene in solitudine: ogni piccolo possiede nel suo codice genetico tutti i principi di organizzazione dei suoi comportamenti presenti e futuri.

Ma in altre specie ciò non accade: quando il piccolo nasce trova un esperto della sua stessa specie che lo accompagna per un certo periodo. Perché è stata creata questa relazione? Usualmente pensiamo che fu creata per curare i piccoli e di fatto così vengono denominate: "specie che curano i piccoli"; tuttavia come ben sappiamo non tutti i piccoli vengono curati perciò non è la cura il vincolo universale di tutte le relazioni piccolo/esperto.

Ritengo che sia stato Konrad Lorenz a individuare il vincolo universale - ciò che definisce la necessità di tutti i piccoli di quelle specie: l'apprendimento. Lorenz dice che la Natura ha creato la

relazione figlio/madre per rendere possibile che le specie si liberassero della fissità genetica attraverso l'apprendimento post-natale di alcuni schemi di comportamento. Lorenz chiama la madre, infatti, "il maestro naturale".

I piccoli delle specie che contemplano la relazione figlio/madre, cioè inesperto/esperto, non possiedono tutti i principi di organizzazione dei propri comportamenti nel loro codice genetico e perciò devono acquisirli, attraverso un processo di apprendimento. Io non parlerò di schemi ma, seguendo le teorie dei sistemi complessi, parlerò di principi di organizzazione dei comportamenti. I principi di organizzazione sono meno statici degli schemi, non sono modelli ma organizzatori dei comportamenti.

Così, nella mia opinione, si è generata una nuova dipendenza dei sistemi dalle loro condizioni iniziali: la dipendenza relazionale.

Intendo questa classe di dipendenza come la necessità per tutti quei sistemi di acquisire, nelle relazioni, quei principi di organizzazione che gli renderanno possibile, in seguito, generare parte della propria organizzazione interna e relazionale.

Nei piccoli delle specie che imparano dai loro esperti come divenire esperti, parte della loro organizzazione interna dipende dal mondo relazionale nel quale nascono (cioè dall'esperto che è il loro maestro naturale).

Poiché l'acquisizione di principi di organizzazione è una necessità per tutti i piccoli di queste specie la Natura ha generato in loro un fortissimo attaccamento all'esperto. Il piccolo non può distrarsi poiché imparare significa sopravvivere, egli si trova come "magnetizzato", come soggiogato dai comportamenti dell'esperto. Diventando a sua volta esperto tale "magnetizzazione" si estingue, poiché essa non è più necessaria.

Facendo ora un grande salto dentro le specie che imparano possiamo dire che senza dubbio il piccolo dell'essere umano necessita di una notevole dipendenza relazionale per poter sviluppare così tanta della sua organizzazione interna. La sua organizzazione è talmente collegata alle relazioni da far dire ad alcuni, per esempio, Oliver Sachs che esseri umani non si nasce ma si diventa.

Desidero soffermarmi un momento su come si svolge il processo di acquisizione dei principi di organizzazione che rendono possibile l'autorganizzazione del sistema stesso. Per autorganizzazione intendo allora l'articolazione di principi di organizzazione dei comportamenti (acquisiti) in una nuova organizzazione che è, appunto, un nuovo sistema (auto-organizzato).

L'esperto insegna con l'esempio, cioè mostrando i suoi comportamenti all'inesperto; questi si appropria dei principi di organizzazione sottostanti ai concreti comportamenti e con essi organizza la propria struttura interna che, a sua volta, si realizzerà nei diversi comportamenti.

Come è ovvio guardando l'evoluzione delle specie la strategia di iscrizione relazionale di principi di organizzazione ha permesso la creazione di specie al alto grado di complessità crescente. Più i piccoli nascono incompleti (più è necessario l'apprendimento), più si rende complessa la relazione con gli esperti e più divengono organizzativamente complesse le possibilità comportamentali della specie.

In altre parole, un pulcino è relazionalmente meno dipendente dalla sua esperta/gallina per divenire egli stesso un gallo o una gallina di quanto non lo sia un piccolo umano rispetto ai suoi esperti per poter divenire egli stesso mentalmente e socialmente un uomo o una donna.

Nell'essere umano tutta la sua organizzazione interna e relazionale è collegata a principi di organizzazione acquisiti nelle relazioni con i suoi esperti. Noi esseri umani necessitiamo di imparare la posizione eretta, la marcia, il linguaggio, l'uso umano delle mani, cosa e come pensare, cosa e come sentire, come relazionarci. Tutti i principi di organizzazione del nostro essere nel mondo è collegato al mondo nel quale siamo nati.

Nella specie umana la complessità della propria organizzazione ha raggiunto un livello tale che l'evoluzione socio-mentale si realizza non solo nella specie ma anche in ogni individuo particolare; ogni individuo umano può - e necessita - divenire un sistema complesso-evolutivo. La complessità ha fatto un ulteriore salto, e l'essere umano sia come specie sia come individuo possiede virtualmente la scintilla divina della evoluzione.

Tuttavia, la strategia di iscrizione relazionale di principi di organizzazione della propria struttura organizzativa ha alcuni rischi forse non contemplati dalla Natura. Rischi che sono molto evidenti nella specie umana. Se l'esperto fornisce principi di organizzazione inadeguati, la struttura organizzativa dell'inesperto non diverrà quella dei sistemi complessi-evolutivi e perciò non emergeranno le caratteristiche che contraddistinguono questi sistemi; l'organizzazione del sistema diverrà più o meno involutiva e si realizzerà in comportamenti, anche essi, più o meno involutivi. Tutti gli esseri umani ai quali è stato impossibile divenire sistemi complessi mantengono un alto grado di dipendenza verso gli esperti. Le caratteristiche di questa dipendenza sono alcune evolutive e altre involutive perché il sistema è malformato. Un sistema che non è divenuto complesso-evolutivo è un sistema mentalmente e socialmente a rischio di rimanere ancora "magnetizzato" (cioè etero-organizzato) da esperti adeguati o ulteriormente inadeguati; rischio relazionale, sociale, politico, religioso, ecc.

Prima di concludere questo viaggio nelle origini della dipendenza relazionale (molto semplificato nel suo percorso) credo sia utile evidenziare un aspetto fondamentale dell'acquisizione dei principi di organizzazione: si tratta di un processo inconscio.

Sono inconsci i principi di organizzazione sia della struttura relazionale che della struttura individuale dei partecipanti, così come sono inconsci i principi di organizzazione dei comportamenti, così come è inconscia l'appropriazione di tali principi di organizzazione, anche lo stato di dipendenza dell'inesperto verso l'esperto (sia essa evolutiva o involutiva) possiede radici fondamentalmente inconse.

L'iscrizione relazionale è nata quando ancora il sistema conscio non esisteva minimamente; anzi esso è un prodotto emergente dell'organizzazione resa possibile da questa classe di iscrizione non genetica. Anche nell'essere umano, una volta iniziata (attorno ai tre anni) la organizzazione interna dei sottosistemi conscio ed inconscio, l'apprendimento di nuove competenze si realizza fondamentalmente attraverso l'appropriazione inconscia dei principi di organizzazione delle stesse. Ora credo che possiamo tornare alla situazione clinica.

Ripeterò le domande che mi ero posta prima del breve viaggio nella evoluzione delle specie; partivo dall'ipotesi che i cambiamenti dei pazienti erano dovuti all'innescarsi di processi evolutivi e mi domandavo: Come mai questi si innescavano in terapia? Cosa fornivo ai pazienti che permettesse questo innesco? Come fornivo gli elementi che rendevano possibile questo innesco di processi evolutivi?

Ora so che il lettore potrà dare già le risposte a queste domande. Quando il paziente inizia la terapia non ha - in maggior o minor grado - potuto sviluppare le caratteristiche che contraddistinguono i sistemi complessi-evolutivi.

La sua organizzazione interna è quella di un sistema mutilato nella sua natura virtuale complessa perciò i comportamenti che realizza la sua struttura organizzativa hanno delle caratteristiche involutive (sintomi, blocchi, malformazioni cognitive, affettive, relazionali). Tutti i pazienti, all'inizio della terapia, portano uno stato di dipendenza - in parte evolutiva ed in parte involutiva -. Questa si andrà estinguendo se l'esperto non rende ulteriormente impossibile l'autonomia. Cioè se l'esperto offre principi di organizzazione che gli permettano di costruire una organizzazione complessa-evolutiva.

Già dal primo colloquio telefonico per fissare un appuntamento, io - con i miei comportamenti verbali e non verbali - offro all'eventuale paziente un immenso numero di principi di organizzazione. Come lo ricevo, com'è il mio studio, cosa gli dico, il fatto che non ponga nessuna domanda oltre a "come posso esserle utile?" Tutti i miei comportamenti sono "pieni" di principi di organizzazione. Il contratto terapeutico è, esso stesso, una dichiarazione esplicita di principi organizzativi, sia interni che relazionali.

Riguardo alla relazione terapeutica attualmente posso dire che essa forma parte della classe relazionale inesperto/esperto e il suo obbiettivo è quello di sostituire i principi di organizzazione che formano la struttura interna inadeguata dell'inesperto (inadeguata in termini di possibilità di evoluzione della stessa).

In altre parole la relazione terapeutica comporta una nuova iscrizione relazionale, attraverso la quale si sostituiscono i principi organizzativi che impediscono al paziente di divenire un sistema complesso-evolutivo. Il paziente, dall'inizio alla fine della terapia, mantiene una "dipendenza magnetizzata" rispetto ai comportamenti del terapeuta ed è in grado di cogliere inconsciamente particolari, anche minimi, di ogni suo comportamento. Quando la dipendenza si va estinguendo, il paziente perde l'interesse per la situazione terapeutica, il suo interesse si rivolge ad altro e ad altri. Le procedure di appropriazione di principi di organizzazione – l'apprendimento - sono le stesse di quelle che, in passato, portarono il paziente alla appropriazione dei principi inadeguati forniti dai suoi primi esperti. Cioè, l'esperto offre i principi organizzativi con i suoi comportamenti - con l'esempio - e l'inesperto se ne appropria inconsciamente e li va articolando in una nuova struttura organizzativa interna che si realizza in comportamenti cognitivi, affettivi, relazionali che ora possiedono caratteristiche complesse-evolutive.

Tutti questi processi hanno luogo predominantemente a livello inconscio, sia del terapeuta (poiché i principi organizzativi dei comportamenti si trovano al livello inconscio della sua organizzazione interna), sia del paziente (poiché l'appropriazione di principi di organizzazione avviene fondamentalmente a livello inconscio), sia della relazione (che possiede una organizzazione conscia e una inconscia).

Nel paziente la sua nuova organizzazione interna inizia a possedere le caratteristiche dei sistemi complessi: autorganizzazione, auto-disorganizzazione, autogestione, auto-riparazione, auto-coerenza, tendenza a generare nuove organizzazioni più complesse della sua propria struttura, generazione di proprietà emergenti evolutive, relativa autonomia/sincronia dei diversi sottoinsiemi che lo compongono, autonomia organizzativa riguardo alle relazioni. Il paziente diviene un sistema complesso-evolutivo.

Allo stesso tempo le organizzazioni artificiali del paziente - in particolare modo l'inconscio rimosso - si vanno estinguendo fino a perdere buona parte della loro attività inconscia, produttrice di sintomi e blocchi.

E' molto emozionante accompagnare le trasformazioni evolutive del paziente, trasformazioni che, ripeto, sono autorganizzate. Le mie parole possono essere di una qualche utilità ma il processo di sincronizzare le diverse componenti del sistema in modo tale che queste siano unidirezionali e coerenti tra di loro non appartiene al livello verbale né mio né del paziente. Le trasformazioni sono nella organizzazione globale del paziente.

Uno dei pazienti ha dormito durante le sedute per buona parte della sua terapia e anche in lui si sono innescate delle sostituzioni di principi di organizzazione. Un'altra paziente, arrivata alla terapia in uno stato di anoressia severo, alla seconda seduta mi domandò "cosa le posso domandare" al che risposi "mi può domandare ciò che desidera ma alcune risposte io non potrò darle". "Ah!" disse lei ridendo e non mi domandò più niente. Dopo un anno di terapia con una seduta alla settimana la sua organizzazione era divenuta evolutiva e le notizie che ho mostrato che non è ritornata all'organizzazione anoressica dopo la fine (4 anni fa) della terapia.

Ma se io come terapeuta sbaglio (cioè offro dei principi di organizzazione inadeguati alla organizzazione evolutiva del paziente, per esempio intervenendo quando viene in mente a me e non quando il paziente lo chiede) il processo di evoluzione si blocca. I principi inadeguati da me offerti (per esempio "lo so io quando tu hai bisogno che io parli") riattivano il sistema inconscio rimosso del paziente. Sono traumi all'evoluzione che accrescono il sistema inconscio rimosso. Credo che sia una tale riattivazione/accrescimento di una delle strutture più artificiali della organizzazione interna (l'inconscio rimosso di origine traumatica) ciò che genera nel paziente il bisogno inconscio di un intervento comunicativo del terapeuta. L'intervento comunicativo, per la sua stessa organizzazione, disattiva ciò che lo sbaglio del terapeuta ha attivato e mostra al paziente, mostra a livello inconscio, naturalmente inconscio come sono tutti i processi di apprendimento/evoluzione, che nella relazione terapeutica non è necessario rimuovere le inadeguatezze relazionali poiché il terapeuta può sopportarle e le verbalizza, rendendole consce. L'intervento comunicativo aiuta a rompere lo stato di

“dipendenza magnetizzata” del paziente poiché il terapeuta mostra che non ha bisogno di mantenere una immagine onnipotente di sé. Con l’intervento comunicativo decade la necessità di mantenere anche nella relazione terapeutica, una organizzazione artificiosa che è stata costruita nel passato apposta per rendere l’inesperto non consapevole delle inadeguatezze relazionali dell’esperto. Inadeguatezze che non poterono mai essere tollerata dall’esperto che, pertanto, dovettero venire misconosciute anche dall’inesperto. Grazie all’intervento comunicativo si ripristinano le condizioni adeguate all’evoluzione del paziente ed egli può riprendere gli argomenti che in quel momento realizzano i nuovi principi di organizzazione della sua struttura interna. I temi dell’intervento comunicativo non sono fonte di ulteriore riflessione, proprio perché sono interventi che puliscono il campo ma non sono strettamente fonte di trasformazione. Essa, ripeto, è collegata allo sviluppo di una nuova organizzazione interna e relazionale.

Quando il paziente è divenuto una organizzazione che può evolvere senza la terapia ciò significa che ha sviluppato una organizzazione interna in grado di mantenere ed accrescere l’evoluzione anche in altre classe di relazioni (per esempio quelle alla pari, nelle quali non c’è un esperto e un inesperto ma due esperti che costruiscono una relazione evolutiva). In quel momento il paziente inizia a porre fine alla terapia.

Egli è diventato un sistema complesso con percorsi evolutivi possibili mentre all’inizio era un sistema per il quali i percorsi evolutivi erano organizzativamente impossibili. Mi sento molto bene quando sono nel mio studio anche se la mia evoluzione non è l’obbiettivo esistenziale della relazione terapeutica. Il fatto stesso di essere inclusa in relazioni evolutive possiede un effetto collaterale molto benefico anche per me. Inoltre si sono sviluppate altre strade: gruppi di apprendimento per i genitori, per gli insegnanti, per gli allenatori sportivi, per i manager e così una parte del mio tempo professionale lo dedico insegnando il sistema comunicativo-evolutivo. Cosa insegno? Che quando l’esperto commette uno sbaglio questo attiva tutta una serie di reazioni parassitarie negli inesperti mentre quando l’esperto offre buone organizzazioni relazionali, gli inesperti evolvono ed evolvono “inevitabilmente” come dice Laszlo perché la nostra natura virtuale come esseri umani è quella di evolvere dall’inizio alla fine della vita.

Maria Gina Meacci

Marzo 2001