Valutazione della psicoterapia in età evolutiva e adulta

Lezione del 7 novembre: Interazione

Va bene buongiorno. Allora, ieri abbiamo un pochino chiuso la nostra volata fra le diverse macrofamiglie di psicoterapia, alcune di quelle che esistono, naturalmente. Con oggi tentiamo di tirare un pochino il filo di queste riflessioni che abbiamo fatto, la prima cosa che vi voglio chiedere è secondo voi dove ci ha portato questo percorso, queste cose che abbiamo visto? In particolare, facciamoci queste due domande: cosa possiamo di dire rispetto alle nostre ansie sull’outcome che avevamo alla prima lezione quando, ad alzata di mano, ci siamo chiesti quale funziona meglio e qual è stato il senso di confrontare questi modelli, per voi? Per la vostra esperienza. Qualcuno che ci ha pensato? Vi sembrano cose insensate?

“Forse trovare aspetti in comune per poter fare ricerca sull’outcome che sia indipendente da una teoria, da un modello o l’altro, quindi sia più generale, magari puntare su quello, che sia più trasversale.

Qualcun altro? Sì, assolutamente… Cioè nel senso tutta questa energia che è stata spesa, che abbiamo speso no, per studiare, rispetto a questo confronto fra i modelli secondo voi è energia ben spesa? È una cosa interessante, stimolante, problematica?

“Secondo me è importante per dare credibilità al modello a livello scientifico, raccogliamo dei primi punti forti”

“… ciò che è di forza di ogni terapia e di conseguenza andare verso un’integrazione”
“Per me forse anche per capire come ogni diverso modello potrebbe influenzare l’outcome, perché può avere implicazioni diverse, cioè studiare la CBT o la dinamica è un po’ diverso”

Sono tutte cose giustissime quelle che dite, ma come possiamo far collimare queste cose giuste con i risultati? Nel senso che poi alla fine abbiamo visto che cambia poco. Allora si deve vedere le componenti che muovono verso l’outcome, però è già dagli anni ’70 quasi che sappiamo che queste differenze sono così smussate. Allora poi magari anche vedendo insieme i modelli, uno di fronte l’altro ci siamo fatti un po’ l’idea di quali possano essere le differenze specifiche.
Secondo me quello che emerge da questo tipo di confronto ma è che siamo di fronte ad un problema di esattamente, che cosa stiamo guardando? È come dire, abbiamo tutti dei modelli molto forti, con cui guardiamo la stessa cosa e continuiamo a darci delle risposte diverse, continuiamo a fare ricerche tipo: “La mia tecnica funziona meglio della tua”. Allora per capire un po’ qual è l’assurdità di questo tipo di approccio secondo me, provate a pensare a questa metafora che ho trovato di un autore: Se i medici facessero come noi psicoterapeuti allora avremmo due grandi scuole di pensiero che sono gastrointestinalisti, che focalizzano il trattamento sull’alimentazione sull’apparato sessuale, la parte enzimatica della faccenda, contro i muscolo-scheletristi che studiano lo scheletro, l’apparato muscolare e dicono che il trattamento dovrebbe essere impostato sull’allenamento sul fare attività fisica, su costruire un corpo equilibrato. Se queste due grandi scuole iniziassero a fare RCT tipo ma chi è più efficace? Probabilmente verrebbe fuori ciò che viene fuori a noi, cioè che sia curare l’alimentazione sia fare fitness, corsette, permette di stare bene e operare una prevenzione su tante altre patologie ma, in qualche misura, è chiaro che non possiamo limitare la medicina ad una di queste due prospettive. Allora quando noi diciamo che la psicoterapia dinamica e concentrata sulla costruzione dell’insight, sulla raggiunta di un’autenticità e diciamo che quella cognitivo comportamentale invece è focalizzata sull’apprendimento di strategie per risolvere dei problemi concreti, ha veramente senso dire che una è meglio dell’altra? Oppure abbiamo bisogno di tutte queste conoscenze, di tutte queste risorse? Possiamo dire che ha più senso vedere la persona come individuo o all’interno di una rete familiare- sociale? Probabilmente no. Ha più senso dire che tutti questi sono aspetti importanti della vita di una persona e se proprio dobbiamo operare una scelta dobbiamo operare in base alle caratteristiche, alle necessità del paziente. Naturalmente non siamo i primi a fare questo tipo di riflessione. Di fronte alla scelta tra le mele e le arance, da tanti anni hanno iniziato a pensare di fare la melancia o l’aranmela, che è ancora peggio, scusatemi… Quindi il processo di integrazione delle psicoterapie è in atto da tanto tempo.

Vediamo un po’ quali sono le caratteristiche da cui muove questo movimento.

Il primo è quello che la realtà clinica alla fine è la forza che cataclismicamente agisce sullo psicoterapeuta come influenza: quindi uno può avere tutto l’indottrinamento monoteistico del mondo, ma nel momento in cui si trova di fronte alle problematiche reali di una persona, tutta questa rigidità o fallisce miseramente oppure incomincia ad essere messa in discussione. Perché ci si troverà di fronte tutte le tipologie possibili di paziente, quello che sentirà bisogno di dire “Adesso devo imparare una strategia “e io sono “psicoanalista” e dico “Aspetta come faccio?” e allo stesso modo il contrario. Quindi quello che emerge dalle interviste ai clinici, dalle raccolte e dalle ricerche qualitative sull’esperienza, sull’aderenza ai tipi di trattamento ci dice che la realtà clinica brutalizza la fedeltà al modello in maniera positiva. Perché quando il terapeuta agisce in coscienza, se la tecnica diventa un limite, il terapeuta modifica la tecnica.
L’altro aspetto importante è quello dell’intersoggettività, che abbiamo già visto e approfondiremo ancora, ma naturalmente è già una cosa che è comune alle psicoterapie. Il passo in più che la visione integrata sulle psicoterapie può portare è quello di metterci un focus specifico, finora ce lo siamo dato un po’ per scontato. Sì, chiaro, la relazione oggettuale è una rappresentazione interiorizzata di una relazione intersoggettiva. Ok però non diamolo per scontato. Mettiamoci sopra la lente, e allora iniziamo a inserire anche il terapeuta e iniziamo a vedere esattamente cosa succede nella relazione terapeutica.

Poi come parole chiave sul tema, abbiamo due grandi processi che sono il sincretismo, ovvero una tendenza dei diversi sviluppi teorici di integrare i concetti delle altre scuole. Questa è una cosa che avviene dal giorno zero della psicoterapia, delle religioni e della scienza. È un processo diciamo positivo che naturalmente va fatto con determinati crismi con l’intenzione di non snaturalizzare un modello. E c’è invece l’idea dell’eclettismo che è l’idea più pratica che la maggior parte dei terapeuti mette in atto ed è quello di non essere dei terapeuti psicoanalitici\psicodinamici o dei terapeuti comportamentali, ma di essere terapeuti eclettici cioè dei terapeuti che accettano, conoscono, sono informati, aggiornati su diverse tipologie di intervento. Quindi quando si chiede ad un terapeuta “Ma di che orientamento sei?” sempre di più e sempre in maggior percentuale i terapeuti tendono a rispondere la parola “eclettico” cioè “non sono mono-teorico”.
Questo ha portato ad un paradosso che è quello delle scuole integrate e cioè, questi signori che partono eclettici, prendono le loro teorie, fanno operazioni di sincretismo, inglobano, dicono “secondo me questi sono i fattori trasversali”. Poi cosa fanno? Perché ci ricordiamo che la nostra prima spada di Damocle è quella di fare ricerca, di dover fare teoria, ma di dove anche essere efficaci, di essere pratici. E quindi per essere pratici, con la loro integrazione cosa fanno? Sistematizzano e scrivono un bel manuale o un bel libro di orientamento, ce ne sono tante e tante di scuole di psicoterapia integrata. Con scuole intendo movimento, filone, e questo è un po’ paradossale perché nel momento in cui amplifichiamo la proliferazione delle scuole in un certo senso andiamo contro l’integrazione, il far convergere le conoscenze in una sola. Perché ogni scuola vuol dire una sua terminologia, una sua modellizzazione della mente.

D’altro canto, se vediamo questo processo in una prospettiva storica è un processo in qualche misura necessario. Se anche avendo in mente una prospettiva futura di integrazione convergente e non divergente come in questo momento, perché l’idea è che man mano le scuole andranno ad utilizzare concetti via via sempre più simili, assimilabili, aumentando sempre più la comunicazione possibile tra i costrutti delle diverse scuole fino a, idealmente, fare un lavoro di unificazione vero e proprio. E sempre a livello di concetto, quando un terapeuta o un teorico mette in atto un processo di integrazione lo fa secondo diciamo due possibili direzioni. La prima è quella teoretica cioè che si parte dalla definizione dei costrutti in sé e si cerca di integrare diverse altre aree o i domini che non erano propri di un modello iniziale e si parte da tutta questa molteplicità di costrutti per risalire ad una definizione integrativa.

Il secondo processo è quello più comune, quello assimilativo in cui il terapeuta magari ha una formazione forte in un modello, o il teorico ha una sua impostazione forte, e piano piano aggiunge a spizzichi e bocconi la tecnica delle due sedie della gestalt o quell’altra cosa che funzionava molto bene e piano piano avviano un processo anche di assorbimento teorico. Poi non mi soffermerei eccessivamente su questi aspetti, ma quello che m sembra importante dire è che per andare in questa direzione, per cercare di capire quali sono queste cose su cui vale la pena dibattere storicamente ha preso la forma di un grande passaggio di modo di pensare dei ricercatori, dei clinici che è dalla ricerca sull’esito, che non è morta, abbiamo visto studi fino agli anni più recenti. È stata affiancata e in gran parte sostituita da una domanda diversa, che è la cosiddetta ricerca sul processo. Cioè ok, ma che cos’è che effettivamente genera il cambiamento nel mio paziente?

Adesso ci diamo un po’ di risposte perché sono stati fatti studi, sono state fatte molte tipologie di ricerca ingegnose, che adesso non andiamo nello specifico a vedere, ma alcune delle strategie sono per esempio quella di prendere un modello di intervento e togliere sistematicamente una tecnica alla volta o un costrutto alla volta. Quindi ad esempio tolgo l’interpretazione, tolgo il setting, tolgo questo, tolgo quello e fare studi d’efficacia alla riduzione degli elementi. Per vedere un po’ quali delle parti influisce. I risultati dei diversi modelli teorici sono questi qui. Quindi le tecniche specifiche, cioè ciò che ci siamo detti

Sull’orientamento del terapeuta, le tecniche di intervento, le modalità con cui insegna al paziente ad interpretare i propri modelli spiegano questa fascia della varianza dell’outcome: il 15%. I risultati variano ma il consenso è più o meno intorno a questa cifra. Poi abbiamo un altro 15% che è composto dall’aspettativa del paziente e da tutto quello che abbiamo visto, il placebo in psicoterapia in termini positivi più che negativi in realtà a sono comunque elementi che sono esterni ed indipendenti dalla tecnica.

Infine, abbiamo la parte del leone, che è quella dei fattori esterni alla terapia, ovvero l’effetto del paziente. Quindi ci accorgiamo che in realtà quello che genera il cambiamento, quasi la metà del cambiamento del paziente sono cose che sono assolutamente fuori del controllo del terapeuta, ritorniamo alla nostra idea di responsabilità. Quanta responsabilità ha il terapeuta? Quindi la gravità, il tipo di problema. È chiaro che se il paziente ha un problema leggero o se il paziente ha una storia di abusi, dipendenze da quando era piccolo ci sarà una probabilità di esito, di outcome radicalmente diversa. La presenza di eventi ostacolanti o facilitanti che non fanno parte del processo terapeutico. Quindi un lutto una morte, un trauma dal lato positivo l’inizio di una relazione, un incontro fortuito, un lavoro finalmente trovato, un concorso vinto. La vita è fatta di un sacco di colpi di scena che possono cambiare radicalmente il percorso di un nostro paziente senza che ci facciamo le illusioni che sia merito nostro o colpa nostra. La rete sociale l’abbiamo già vista nella modellizzazione sistemica se crediamo almeno un 5% nelle idee nei concetti che ci siamo detti ieri, capiamo tranquillamente quanto possa essere potete l’effetto della rete sull’individuo e in questo caso sicuramente è una parte del problema ma è anche una struttura di risorse che non possiamo controllare come terapeuti. Se quella struttura c’è, come ho detto che il bambino è orfano, se la struttura c’è, c’è una risorsa che è aldilà della nostra potenza di intervento. Le aspettative le abbiamo già viste.

L’altro elemento che spiega la varianza è invece quello su cui ci andiamo a focalizzare, che è i cosiddetti fattori comuni che spiegano più del doppio della varianza delle tecniche specifiche. Sono quelle un po’ che ci siamo detti quindi: l’alleanza, l’empatia e le caratteristiche del terapeuta ovviamente che sono ancora meno sotto controllo del terapeuta, i nostri colleghi ieri ce ne hanno portato un assaggio di ricerca in questa direzione, vi porto qui altre due parole chiave. L’allegiance è fondamentalmente l’idea di quanto un terapeuta è leale alla sua scuola e paradossalmente questo è un elemento che è stato visto prevedere un outcome positivo ed è stato interpretato in maniera che se il terapeuta è convinto di quello che fa verrà percepito dal suo paziente come maggiormente efficace, maggiormente capace. E quindi aumentano gli aspetti di fiducia, di alleanza e di aspettativa, e di speranza di un cambiamento. Tra aspettativa, placebo e fattori comuni naturalmente questi confini sono molto sfumati, c’è anche molto importante il concetto di speranza di cambiamento.
Che è un’idea ad esempio del terapeuta mindfulness che è una cosa sta venendo un po’ fuori soprattutto spinta dalla third way della CBT che ci siamo detti l’altra volta e che ci ha costruito su una scuola di psicoterapia specifica. Cioè l’idea è che un terapeuta attraverso tecniche di meditazione, di autoconsapevolezza, riesca ad entrare in uno stato di relazione col paziente non giudicante, basato su caratteristiche positive e che quindi vedete che sono elementi e caratteristiche in movimento che stanno ancora adesso sviluppando comunque.
Allora ci possiamo chiedere, va bene, abbiamo detto che le differenze individuali contano relativamente poco, non ne possiamo fare a meno, sennò ci cade l’allegiance, ci cade quel 15% che comunque è importante ma che cosa c’è al massimo comune divisore, delle nostre psicoterapie? Quali sono questi elementi in comune che vengono fatti da tutti quanti in un modo o nell’altro? Allora si può vedere un primo step presente in tutte le psicoterapie che è una fase di coinvolgimento. Qui accolgo il paziente, gli offro un trattamento, gli porgo le mie risorse, ricostruisco delle aspettative e cerco di mantenere questa cosa che ho costruito nella maggior percentuale possibile. Perché questo processo è un po’ come quando voi fate le slide efficaci, è quello di coinvolgere le energie e le risorse dell’altro. Potete fare la presentazione più bella ma se non ottenete prima l’attenzione dell’interlocutore non vi ascolta nessuno, così come potete avere le tecniche più efficaci ma se non riuscite a catturare l’attenzione, la speranza, la motivazione del paziente, non andate molto lontano.

Il secondo macro-costrutto se vogliamo è quello dell’attivazione dell’auto-osservazione. Quindi carne\pesce, bianco\nero, i principali modelli di terapia in un modo o nell’altro portano il paziente ad un processo di secondo ordine in cui loro diventano oggetto della loro stessa osservazione. Questo incremento del livello di consapevolezza, di base è il trait d’union che collega le diverse tecniche. Nel momento in cui il paziente inizia a dare un nome alle sue emozioni, inizia a vedere i suoi pensieri, inizia a poter vere degli oggetti con cui manovrare… mi è sfuggita questa parola dinamica, però comincia a poter avere degli ingranaggi, è difficile poter restare terminologicamente neutrali, allora può iniziare a cambiare. E allora lo possiamo chiamare mentalizzazione, lo possiamo chiamare insight, lo possiamo chiamare schema mentale...
L’altro grande elemento è quello della ricerca dei pattern che già è, diciamo, l’auto-osservazione focalizzata a cosa? Focalizzata alla ricerca dei pattern sul proprio comportamento, sul proprio vissuto emotivo. Quindi ci sono tre livelli di definizione di pattern. C’è un livello nosografico che è quello della tipologia di personalità possiamo chiamare, è quindi un livello diagnostico e quindi dico “Ah, tu sei narcisista!”. C’è un livello di scuola in cui io posso costruire categorie dei pattern relativo al mio paziente in maniera più sofisticata, perché allora dico “Sì ok, la tua rappresentazione dell’oggetto sé è grandiosa e questo si mette in collegamento con la tua esperienza conflittuale taratì taratà”, o posso fare un ulteriore livello di ricerca dei pattern che è personalizzato completamente e quindi dico “No tu non sei narcisista con oggetto sé grandioso, ma tu Gianluca c’hai questa particolare esperienza, in questo particolare momento e ti senti in questo modo particolare”. Questi tre elementi sono presenti in tutte le scuole di psicoterapia, in maniera contemporanea, e permettono di guidare dal livello micro al livello macro della costruzione del senso che la psicoterapia cerca di muovere nel paziente.

Domanda: “Quindi questo qua, la ricerca dei pattern è riferita al terapeuta verso il paziente?”

No, no la ricerca dei pattern è quello che la nuova consapevolezza del paziente dovrebbe cercare di vederla. Nel senso, se io comincio a riconoscere nel paziente la presenza di un comportamento ricorrente di cui magari non ero consapevole e poi il terapeuta che ha questi framework più concettuali, cioè è in grado di inquadrare il mio comportamento all’interno di una rete di senso che mi collega a questi livelli, allora io posso cominciare a lavorare su questi essere riflessivo, su questi pattern che però sono del paziente. Quindi il pattern nel paziente, il livello del pattern è nella mente del terapeuta.

E infine l’idea di cambiamento che è presente in tutti i modelli. Quindi l’idea che l’intervento della terapia abbia lo scopo della riduzione dei sintomi, sia lo scopo principale o secondario è presente, che aumenti il livello di funzionamento e il benessere della persona, non ci diciamo niente di nuovo. E infine, lo ripeto di nuovo perché mi sembra che ci sia bisogno, la responsabilità del cambiamento da parte di tutti i modelli è afferita al paziente. Non diventiamo dei terapeuti grandiosi, onnipotenti. E questo già ci dà un pochino, il risultato di tutto il grosso processo di studio di generalizzazione dei processi della terapia, però dal mio punto di vista è un processo insoddisfacente rispetto a quello che ci siamo detti all’inizio della settimana scorsa. Cioè se noi veramente vogliamo abbandonare tutti i processi teorici, teorismi, cioè tentare di stringere veramente al nucleo, al cuore, del problema della terapia, allora quello che veramente noi abbiamo è soltanto questo schema, uno schema non di contenuto ma in cui c’è soltanto della forma. Ed è la forma di questa, è lo studio di questa forma che secondo me ci può dare veramente degli insight nuovi, potenti su quello che succede durante il processo.
In particolar modo quello che secondo me si può chiamare una teoria dell’interazione. Cioè noi abbiam tanto parlato di alleanza, abbiamo tanto di relazione terapeutica, abbiamo parlato del fatto che paziente e terapeuta sono una diade, che ci sono delle freccette che li collegano. Ma cosa esattamente siano esattamente questi collegamenti, queste freccette, che cosa esattamente avvenga nel momento in cui il paziente e terapeuta si guardano, si scambiano queste informazioni, che cosa avvenga dentro di loro, è un elemento che è ancora muto. Secondo me il lavoro di integrazione, è presente in questo momento e per approcciare questo livello fondamentale basilare, secondo me è difficile partire dalla modellizzazione teorica in sé, perché la maggior parte della modellizzazione teorica parte dalla patologia su cui poi sviluppa l’idea di interazione. Invece se noi vogliamo capire che cosa avviene in un’interazione, badate qualunque per quella tra paziente e terapeuta è un caso molto particolare di quella generale di un’interazione, di una relazione. Noi abbiamo bisogno di una teoria di questo modello dell’interazione fondamentale e uno dei modelli secondo me più eleganti, è quella del modello sistemico diadico che viene sviluppato in seno al movimento di Infant Research degli anni ’80. E loro un pochino si dicono “Ok, se noi abbiamo bisogno di costruire questo modello veramente basilare come facciamo a farlo nella maniera più efficace possibile?” Lo guardiamo nei bambini. Perché nei bambini possiamo davvero vedere il processo di costruzione di questo modello di interazione e poi attraverso queste riflessioni possiamo vedere cosa tenere o non tenere nell’adulto. Il vero contributo dell’Infant Research, secondo tanti autori, non è tanto quello di aver dimostrato come funziona il bambino o di aver dimostrato che alcuni elementi della vita infantile possano tornare in momenti particolari della vita adulta, che confermando un po’ alcune teorizzazioni freudiane. Ma più che altro quello di dire che i meccanismi che sono attivi nel bambino non smettono mai di essere attivi . Quindi i meccanismi primitivi fondamentali di costruzione dell’esperienza della relazione sono attivi durate tutto l’arco della vita. A cui si sommano degli elementi più evoluti, più complessi. E questo è sommamente rappresentato da tutto il filone di ricerca su la teoria dell’attaccamento che immagino conosciate per filo e per segno. Per filo e per segno? Su le mani… Ok.

Va bene allora per spiegare meglio quello che vi sto dicendo, vi farò vedere la visione psicoanalitica classica con una forma sistemica. Allora quello che fa di solito l’impostazione psicoanalitica è quello di studiare la relazione tra gli oggetti interni. Quindi c’è l’oggetto sé, ci sono i vari oggetti, ci sono delle forze, l’Io e il pensiero primario e tutti questi elementi sono in relazione tra di loro e vengono descritti con grande eleganza teorica. Però se noi ce la vediamo in maniera sistemica possiamo immaginarci questi vari elementi che fanno parte della struttura psichica del paziente in relazione tra di loro e queste frecce vengono molto studiate molto analizzate. Quello che invece ci siamo detti ieri, è che in una visione sistemica più classica, più pur,a è molto più interessante il fatto che ci sia l’elemento paziente, l’elemento terapeuta e che si possano andare a studiare le relazioni tra questi due elementi del sistema, estendendolo, siccome queste sono solo due freccette, noi vogliamo una cosa più complessa, anche al sistema più allargato.
Nel momento in cui l’Infant Research e psicoanalisi sono fatalmente entrati nello stesso crogiuolo e hanno cominciato a dire “Ma aspetta ma perché non proviamo a studiare qualcosa insieme?” è emersa l’idea di fare un passo avanti rispetto a questo modello e cioè quello di dire “Noi non possiamo abbandonare tutta questa sofisticazione teorica che abbiamo, e non possiamo abbandonare questa idea interattiva così forte, che così tanti studi ci hanno dimostrato essere così determinante e anche tanti sviluppi epistemologici “ anche perché rendiamoci conto che, in questo periodo storico in cui nasce questa cosa, cominciano ad affermarsi con forza i modelli epistemologici dell’idea dell’impossibile indipendenza di un cervello. Quindi della natura sociale inestricabile di una mente umana. Insieme ai movimenti costruttivisti che raccontano e spiegano con grandissima forza esplicativa come inestricabile socialità della nostra visione del mondo, della cultura umana stessa non può esistere senza l’interazione tra menti che costruiscono questa cultura. Quindi di fronte a questa necessità di integrazione la domanda è quella: ok, come facciamo a dialogare questi elementi’ Però non con il terapeuta, perché questo sarebbe una cosa più complicata ma la visione sistemica è quello dello studio delle relazioni. E quindi questi gli infant researcher psicoanalisti si cominciano a chiedere “Ma come facciamo a far dialogare gli stati interni con i processi interattivi, con le relazioni?” È chiaro questo? Vedo facce dubbiose.
Va bene, adesso lo vediamo con maggior dettaglio. Allora intanto un piccolo step indietro per capire come nasce questa parte qui nel bambino e diciamo passiamo alla diade madre bambino, invece di restare nella diade paziente terapeuta, perché abbiamo bisogno di un po’ di semplicità, perché abbiamo visto come possono essere complicati quegli insiemi id frecce che in un paziente normale se incominciamo ad ingrandire eccessivamente arbitrariamente il nostro focus ci perdiamo. Invece nel bambino è interessante perché è possibile vedere quando una capacità è assente, quando una capacità è presente e vedere piano piano come si costruiscono gli oggetti interni, in relazione alle relazioni. Il primo step è quello della simbolizzazione, qualcuno di voi non ha già dimenticato Piaget. La simbolizzazione è uno dei processi fondamentali per la costruzione delle rappresentazioni e d è una capacità che il bambino comincia a sviluppare tra i 16 e i 18 mesi e che poi si consolida verso la fine del secondo anno. La simbolizzazione è la capacità di riferirsi ad un elemento altro, è la capacità di fare questo riferimento ad un elemento altro e con altro intendo che non ha delle qualità materiali date alla percezione nel qui ed ora e di farlo attraverso l’utilizzo di un simbolo. Quindi di un elemento terzo che non sono io, non l’oggetto ma è un simbolo che permette di riferirsi a quel prima dell’oggetto in una maniera astratta. Non vi faccio il pippone sull’elaborazione simbolica ma è chiaro che avere questa capacità permette di sviluppare il pensiero secondario appieno, permette di imparare ragionamenti di astrazione. E in generale fino a qualche anno fa era considerata una capacità necessaria per la costruzione delle rappresentazioni dell’oggetto. Che è “come faccio io ad avere un padre problematico se non ho il concetto di padre?”. Ma quindi quello che si chiedono i signori dell’Infant Research è “Va bene ma se queste abilità si sviluppano così tardi, reattivamente tardi nello sviluppo del bambino. Che cosa c’è prima? C’è veramente questo luna park di luci e colori senza senso o che?” La risposta è: evidentemente no. Quello che gli studi sperimentali sui bambini hanno iniziato a fare emergere con maggiore frequenza e forza, è che la capacità dell’organizzazione dell’esperienza del bambino, comincia molto prima rispetto alla sua capacità di simbolizzazione. In particolare, ci sono 3 livelli di simbolizzazione che sono stati descritti e mentre il 3°, quello linguistico, è quello che propriamente viene chiamato simbolizzazione nella teoria classica, c’è la capacità di costruire delle cose analoghe al simbolo, al livello sensoriale quindi il calore, la forma, la percezione della forma. Non pensate alla forma come un concetto astratto, è concettuale nel senso di nuovo, non di concetto simbolico ma concettuale proprio di riconoscimento di una ripetitività. Lo studio di questa costruzione pre-simbolica nel bambino è interessante perché vedremo che è estremamente legata al processo relazionale. Allora intanto vediamo un pochino quali sono, facciamo una piccola carrellata di quali sono queste abilità precoci. Allora già in utero noi sappiamo che c’è un fortissimo apprendimento del bambino, per esempio uno studio molto bello faceva leggere a delle madri un particolare fiaba prima del parto e dopo il parto il bambino, di pochi giorni, mostravano una predilezione verso l’ascolto di quella particolare fiaba rispetto ad un’altra raccontata dalla madre. Quindi pensiamo a che cosa c’è dietro ad un’abilità così raffinata. Di sicuro non c’è la capacità di capire le parole di quella fiaba ma c’è la capacità di capirne la qualità sonora, la qualità ritmica. E ricordiamoci che tutto questo avviene in assenza di capacità simbolica. Già a quindici ore è in grado di riconoscere la mamma dall’odore, dalla voce. Non appena possibile è anche capace di riconoscerne il volto. Dal secondo mese c’è un’esplosione di capacità ancora più raffinata: è in grado di discriminare sé stesso. Per esempio, in un esperimento è stato riprodotto l’audio dei bambini che piangevano o l’audio del bambino stesso che piangeva. Il numero dei vocalizzi rispetto al proprio pianto era significativamente inferiore risetto a quando sentiva il pianto dei bambini. Come fa in assenza del simbolo sé, del simbolo io, a riferire a sé stesso? Evidentemente è una capacità che è presente a livello pre-simbolico.

Domanda: “Non ho capito, piangevano di più se sentivano il proprio pianto o se sentivano quello degli altri?”

Sentendo quello degli altri, però non è che piangevano, però emettevano vagiti o vocalizzazioni, quindi diciamo erano un po’ più agitati nel sentire pianto di altri bambini rispetto al sentire il proprio.

D: “Mi sarei aspettata il contrario, cioè () che sentendo il proprio pianto o sentire. Invece no, nel senso cioè ok c’è differenza tra la percezione il pianto altrui che nel proprio pianto. Questo è il fatto di discriminare noi stessi questo intendo…”

Questo è quello che ci interessa in questo momento e stiamo parlando di problema di: È capace il bambino di lavorare con i suoi stati interni di operare riconoscimenti? Rispetto a quale sia il significato affettivo del riconoscimento di sé non entro in questo momento.
Quindi diciamo tutti questi significati un pochino ci portano alla possibile pensabilità della presenza di schemi mentali pre-simbolici all’interno del bambino.
Ah no aspetta non abbiamo ancora visto gli altri studi, sono bellissimi. La percezione di contingenza è la capacità del bambino di riconoscere delle … Quindi in uno studio ad esempio gli hanno fatto , nel caso che il bambino nella suzione avesse un particolare ritmo tra suzione e pause, veniva riprodotta una musichetta. Naturalmente è in grado già nei primi mesi di vita di apprendere, di riconoscere questa regolarità tra le pause di suzione e apprendere il comportamento che generava la musichetta. O ancora, in un esperimento veniva messa sulla culla del bambino una giostrina, quella con tutti i gingilli volanti e se nel giorno dopo, quindi a 24 ore di distanza, venivano cambiate delle componenti di questa giostrina anche molto complicata con tanti elementi, il bambino era in grado di riconoscerla quindi era con un pianto o un elemento di disagio rispetto a quando l’elemento veniva rimesso in ordine come era il giorno prima.
Quindi memoria complessa visiva a 24 ore, che era una cosa che non era assolutamente pensabile nel modello di infante classico. Quindi la presenza di questa costruibilità di schemi mentali è già attiva dentro i miei primi giorni di vita, questo è il messaggio.
E mi permette di passare a un ulteriore livello organizzativo, che è quello della categorizzazione pre-simbolica. Cos’è una categorizzazione? Una categorizzazione è il riconoscimento di un’invarianza quindi ci sono determinate cose che posso chiamare in un modo un termine e cose che posso chiamare in un altro. E come avviene nel bambino la costruzione della categorizzazione? Avviene attraverso la presenza di esperienze ripetitive. Quindi il comportamento regolare, la ripetizione della routine del risveglio, il bagnetto, pappa. Permette al bambino che è capace di fare questo lavoro di riconoscimento delle contingenze di strutturare dentro di sé l’invarianza di questa giornata tipo cogliendone le vie di mezzo e di costruirne un prototipo che però ricordiamoci ci sono pre-simbolico, che è costruito da sensazione da affetti, da percezioni senso-motorie. E ovviamente questo processo ha una funzione adattiva incedibile. Perché sé il bambino fosse costretto ad ogni percezione a rielaborarla da capo, sarebbe un disastro. Invece anche per facilitare la stessa percezione io ho bisogno di memorie delle percezioni passate. Se ogni volta che vedo una bambina devo ricominciare a codificare tutte le luci, tutte le informazioni sensoriali prima di poter arrivare a dire: Ah ok, adesso il bambino non ha la bottiglia ma magari ha il calore della mamma come costruzione, come categorizzazione. Allora prima di ritrovare la sicurezza e il benessere di quella cosa lì, ci vorrebbe molta più energia. Avere questa capacità di categorizzazione permette di apprendere più in fretta di riconoscere, più in fretta gli stimoli, vivere in maniera più agile. Un’altra cosa importante è che questo processo è costante nello sviluppo, cioè se inizia nei primi giorni di vita ed è presente tutt’oggi perché indubbiamente è una cosa che è attiva anche nell’adulto è sbagliato pensare che questa capacità di categorizzazione sia un’abilità emergente ma è un’abilità fondamentale dell’essere umano. Questo prendetelo un po’ per buono ma ci sono tanti studi che supportato questa affermazione.
Quindi lo possiamo interpretare come semplicemente non un’abilità particolare, una cosa strana, ma quello che succede quando un individuo dal neonato all’adulto pensa, osserva, percepisce e codifica il ricordo in qualche misura e gli studi sulle neuroscienze piano piano stanno iniziando a spiegarci anche come è inestricabile il livello di fare conoscenza del mondo e di organizzare il mondo. A livello proprio di codifica delle tracce mnestiche, quindi come esperienza viene codificata nel cervello, siamo già ad un lieto di categorizzazione. E questo porta poi alla nostra idea fondamentale che sviluppata da Stern nel 1985 per delle rappresentazioni delle interazioni generalizzate, ossia che tutta questa energia organizzativa di fatto nel bambino viene principalmente convogliata per la categorizzazione e organizzazione dell’esperienze relazionali. Quindi ciò che viene rappresentato più tanto la giostrina o l’altro elemento che lo sperimentatore può inventare, è il processo interattivo dinamico, ossia tutte quelle interazioni con l’altro di cui il bambino fa esperienza. E questo è perché è il tipo di percezione del bambino che è maggiormente saliente per la sua sopravvivenza per il suo sviluppo. Infatti, costruire queste rappresentazioni delle due interazioni permette al bambino di riconoscere la situazione in cui si trova e quindi essere sicuro in quella situazione, a riconoscere gli affetti, riconoscere il processo che sta avendo luogo e questo gli permette di sviluppare tutte le sue abilità cognitive, prevedere il mondo, fondamentale, perché se io posso prevedere quello che sta succedendo, ho controllo. E ovviamente la memoria, perché se continuo ad avere la stessa percezione, me la ricordo molto più facilmente che se continuo ad avere percezioni differenti, vi prego di seguirmi che arriviamo poi a chiudere il cerchio rispetto alla nostra costruzione dell’interazione terapeutica. Sì?

Intervento : “Ma qual è la differenza tra quello che dice Stern e i modelli operativi interni, di Bowlby? Cioè è la stessa cosa con nomi diversi?
Eheheh beh non sarà che tutti questi autori dell’Infant Research si sono influenzati tantissimo a vicenda e molto spesso da mio punto di vista dicono delle cose molto molto analoghe utilizzando delle parole molto diverse. Poi chiaramente come ogni teorizzazione ci sono delle sfumature. Adesso non entrerei nel merito. Penso che la catena causale sia che Stern prende le concezioni di Bowlby per sviluppare in maniera più empirica le sue osservazioni su questo tipo di costruzione delle rappresentazioni pre-simboliche, sul perché non si citino in maniera chiarissima, non l’ho mai capito, penso che sia una questione più politica che non scientifica.
Adesso veniamo all’altro elemento parallelo a quello che ci siamo detti adesso, che è l’ultimo step di astrazione che vi chiedo di fare prima di chiudere questo cerchio. Perché se da un lato abbiamo tutta una capacità del bambino di costruire schemi, rappresentazioni, aspettative sulla realtà, dall’altro abbiamo una relazionalità primitiva se vogliamo ma non primitiva nel senso negativo, ma proprio precocissima, basata su alcuni processi fondamentali. Il primo di questi è la percezione transmodale e cioè la capacità innata che il bambino ha di trasferire la percezione da un senso ad un altro. Quindi per esempio dal tatto alla vista o dalla luce al suono. E un esempio classico qui è che a dei bambini bendati viene fatta tenere in bocca una pallina e alcuni hanno una pallina semplice, mentre altri hanno una pallina con una piccola protuberanza. Poi quando il bambino il bambino viene sbendato e gli viene fatto scegliere tra due palline, il bambino che aveva in bocca la pallina con la protuberanza è più probabile che scelga la pallina che ha tenuto in bocca ma che non aveva mai visto. Quindi c’è una capacità fondamentale di traduzione di un’esperienza tattile in questo caso, in un’esperienza visiva. Questa transmodalità della percezione è fondamentale nel momento in cui entra in gioco il terzo punto che dovrebbe essere secondo, cioè quello della risonanza affettiva ovvero nel momento in cui il bambino vede una modulazione del comportamento in direzione affettiva da parte dell’altro, è in grado e non solo in grado, ma è praticamente incontrollabilmente mosso a trasformare questa osservazione di ordine visivo in una percezione propriocettiva di ordine affettivo. E questo diciamo è la base di tutti quei processi di rispecchiamento che sono presenti e osservabili nella diade madre-bambino e in generale nelle diadi umane.

Non è semplicemente un ricarico di tipo senso motorio spiegato da neuroni mirror o dal semplicemente da scimmia vede-scimmia fa, dall’attivazione che sappiamo esserci di fronte l’osservazione di un’azione. Sapete tutti i neuroni mirror cosa sono? Cioè che si attivano le stesse aree motorie dell’azione osservata. Ma è proprio presente a livello affettivo e questa cosa è stata vista con studi di neuroimaging e di elettroencefalografia, cioè si attivano le emozioni legate all’emozione osservata nell’altro e questo avviene principalmente attraverso il processo del rispecchiamento. Quindi io vedo il comportamento dell’altro che viene espresso, gli stati emotivi, soggettivi, dell’altro; tendo a far corrispondere il mio stato esteriore quindi corporeo, fisico, tendo a farlo coincidere con quello dell’altro quindi entrare in risonanza e il fatto di corrispondere questa risonanza quindi ad esempio la mamma mi fa “Che bel bambino!” Il bambino sorride, conseguenza, il bambino prova l’affetto positivo. E questo è probabilmente l’aspetto più potente di tutta questa storia e cioè l’idea che nell’interagire con l’altro, non stiamo parlando di contenuti, di simboli e non di rappresentazioni di pensiero logico, astratto. Ma stiamo parlando proprio, l’esperienza senso-motoria dell’interazione con l’altro quindi le frecce che ci siamo visti prima, sono in grado di modulare in maniera radicale l’esperienza di un bambino.
Sono processi estremamente veloci, per esempio cosa intendiamo con veloci? Intendiamo che in uno studio del 1990 hanno preso dei genitori e dei bambini e hanno studiato fotogramma per fotogramma il rispecchiamento facciale, quindi un padre faceva la linguaccia, dopo un po’ il bambino faceva la linguaccia. Hanno visto che la durata media di questi processi di sincronizzazione è di 170 millisecondi. Voi potete dire, beh veloce, è veloce, ma quanto è veloce? Pensate che la capacità di rispondere ad uno stimolo visivo nell’adulto è di circa 300 millisecondi, ne neonato in cui hanno fatto uno studio è di 600 millisecondi, quindi com’è possibile che il bambino si sincronizza con la linguaccia ad una velocità più veloce della sua capacità di percepire la linguaccia, di elaborare lo stimolo? Qualcuno ha una risposta?

“I neuroni specchio?”

No, stiamo parlando proprio di tempo cerebrale di elaborazione dello stimolo, non è l’elaborazione cognitiva, proprio il tempo fisiologico che ci vuole quando c’è uno stimolo per elaborare tutta la risposta e rispondere in maniera somatica è del doppio, del triplo, rispetto al tempo che viene osservato nelle interazioni vere e proprie. Sì, prego.
“No nel senso intendevo che l’informazione viene elaborata diciamo a livello cognitivo ma …”
Un altro pattern neurale.

“.. a livello somatico quasi una risposta mediata”
Potrebbe essere una spiegazione.
“Ma a me viene in mente che quando siamo adulti ci serviamo della parola per interagire con le altre persone e quando si è bambini non si ha questa possibilità e quindi magari si è più sviluppati non so come dire, nel rilevare la mimica facciale o magari una … espressione”

Una possibile spiegazione che però non combacia con i dati empirici.

“Può essere una capacità predittiva sviluppata dal bambino che quindi prima ancora che l’adulto produca l’azione di fare la linguaccia percepisce l’intenzionalità dell’adulto.
Una spiegazione molto più verosimile, vi porto un altro esempio che è quello del nostro Mohamed Alì che il signor... no ho scritto Sander, ma è di Stern lo studio, scusate. Si è messo a codificare un incontro di pugilato e ha misurato come il 53% dei pugni di questo signore erano più veloci del tempo di reazione visiva, della risposta di blink. Sì?

“Anche tipo nelle arti marziali, c’è proprio questa cosa di, nei film si vede anche, di “non mente” “

Non mente?

“Cioè nel senso di arrivare ad uno stato nel combattimento ma anche nella pratica, di annullamento di elaborazione mentale, il più possibile, in modo da appunto rendere automatico, automatizzato determinati movimenti che sono più veloci rispetto all’elaborazione…”

Chiaro, sì grazie, se c’è dell’elaborazione cognitiva, noi necessariamente andiamo a perdere quella velocità necessaria per rispondere a questi stimoli e quindi sicuramente mettere in atto un processo automatico permette di essere più veloci. Qui stiamo parlando di velocità che sono veramente aldilà della possibilità della reazione, cioè a volte c’è la simultaneità istantanea quando diciamo “la reazione della faccia del bambino è inferiore d 180 millisecondi” a volte era anche di zero. Sì?

“È la capacità di anticipare?”

Sembrerebbe l’unica spiegazione plausibile, sì...

“A livello fisico-cerebrale probabilmente non c’è un’elaborazione... usa una via che non passa per ... l’ipotalamo ad esempio e … magari passa per una via che non necessita di elaborazione talamica ad esempio che è quella che ci fa reagire a qualcosa...”

Però non è che il 53% dei pugni del signor Alì sono tutti a segno, il pugile con cui combatteva era stato in grado di mettere in atto schemi comportamentali che lo proteggevano da molti di questi pugni più veloci della luce. Quindi sicuramente possiamo cercare la risposta a livello di pathway veloci ma l’unico modo per spiegare questa velocità così magica è quella della predizione, della possibilità di costruire e di decodificare uno schema di comportamento che parte ben prima della linguaccia, ben prima del pugno. Ed è probabilmente nell’arte marziale la capacità di decodificare lo schema automatico dell’altro che permette di prevedere il comportamento.

“Quindi predizione intesa come previsione del comportamento di movimento, in questo caso, ma nel neonato come può essere sviluppata una cosa del genere (..)”

È proprio il quid di questa lezione, nel senso abbiamo visto come il neonato è capace di costruire delle idee, è capace di cogliere la presenza di contingenze, la capacità di costruire dentro di sé delle rappresentazioni pre-simboliche legate alla ripetitività e come è in grado nell’interazione di mettere in atto queste categorie, queste aspettative sul mondo in maniera attiva. Perché abbiamo visto che se il neonato vede l’altro, capisce lo schema, riesce a stare in quello schema… no, come due violinisti che suonano la stessa musica, non possono non reagire all’altro. Hanno bisogno di suonare in simultanea, o due ballerini, non è che uno può vedere “Ah uno spinge di là, allora spingo anche io di là” no, se una danza è coreografata, deve essere perfettamente simultanea, allo stesso modo il neonato balla questa danza di interazione con il caregiver, fare questa cosa è bellissima per lui perché gli permette di restare all’interno della sua aspettativa surreale he abbiamo visto essere un elemento positivo. Nei termini in cui se io c’ho un’aspettativa surreale e questa viene confermata, posso consolidare, posso sentirmi nel controllo di quella situazione

E questo ci porta al primo grande principio regolatore dell’esperienza secondo Sander, Beebe e Lachmann che sono tra gli autori principali in tutta la grande famiglia Infant Research che sviluppano questo modello. In particolare e cioè che ci sono queste due grandi forze che sono esattamente le stesse fecce che ci siamo disegnati all’inizio della lezione, però adesso facciamo una cosa in più, gli diamo un nome e cioè li chiamiamo “regolazione” quindi ci diciamo, tutto quello che avviene di scambio tra la madre e il bambino è un processo di regolazione di questo stati sensomotori pre-simbolici. Quindi quando la madre sorride al bambino, il bambino riceve questa informazione. Ed è una regolazione da parte della madre, uniformazione, un input, una stimolazione. A questo punto dobbiamo utilizzare un altro set di frecce rispetto a quello che abbiamo utilizzato prima perché il bambino di fronte a questa stimolazione ha la possibilità di regolare sé stesso. Questa è la seconda grande forza che è la “regolazione”. Ed è quello che ci siamo detti, può prevedere dove sta andando la regolazione reattiva? Quindi stiamo all’interno di uno schema, stiamo giocando a bubusettete, il bambino sa che con il bubu ci sarà il settete e quindi è in grado di regolarsi, in maniera efficace, rispetto alla regolazione interattiva che sta avendo luogo. Oppure questa regolazione da parte dell’altro può essere disfunzionale, può essere intrusiva per esempio se in quel momento ci sta tutta la parentela allargata che gli fa “cicicicici!”. Quindi l’autoregolazione del bambino può essere legata alla riduzione della stimolazione esterna, distoglie lo sguardo o si autoregola con il contatto. Vedere l’interazione in questa forma di equilibrio tra le regolazioni ci permette di fare un passo molto importante che è quello di dire, quanto è importante questa attesa della regolazione? Quanto è importante il fatto che queste frecce siano in equilibro? E la risposta è che è fondamentale. Perché gli esperimenti hanno dimostrato che le aspettative sulla regolazione interattiva cioè la mia capacità di aspettarmi un comportamento regolare e coerente con le mie aspettative, prevedibile da parte dell’altro e la mia capacità di regolarmi in corrispondenza, quindi per comunicarti, perché questo è un processo bidirezionale, nel senso se il bambino distoglie lo sguardo e la madre coglie questo suo comportamento, questo improvvisamente diventa una regolazione interattiva del bambino sulla madre. Quindi la madre potrà regolare il suo stesso comportamento, riducendo l’arousal, dicendo “Beh adesso il bambino ha bisogno di riposare”. Quindi in questa bidirezionalità si può descrivere questo continuo processo di costruzione di aspettative, validazione dell’aspettativa rispetto al comportamento dell’altro e feedback, cioè che cosa mi ritorna? La mia aspettativa è stata realizzata? Il mio pianto ha avuto un effetto sul mondo? Oppure il mio pianto è stata una regolazione interattiva che è completamente caduta nel vuoto? Perché poi mi autoregolerò di conseguenza. Imparerò che il pianto permette di ottenere un effetto e quindi se io ho la capacitò di percepire il mio pianto, se il mio pianto ha un effetto allora è possibile che ci sia “IO”. Quindi l’idea qui è che attraverso queste semplici regole di interazione pre-simbolica affettiva è possibile tracciare gli elementi prodromici della costruzione delle strutture interne del bambino più semplici: il concetto di “IO” il concetto di “sé” e le primitive relazioni oggettuali. Domande?

“Come avviene la costruzione degli aspetti generali... Rispetto al riconoscimento diadico? Non ho capito bene il passaggio…”

Allora l’idea fondamentale è che attraverso questo schema di aspettative, attraverso l’idea della regolazione attesa quindi se io posso costruire dentro di me delle rappresentazioni pre-simboliche di quello che sarà l’interazione, quindi come l’altro avrà effetto su di me, allora io posso cominciare a costruire dei piccoli ed embrionali sistemi di attese, quindi mi aspetto che se ho fame faccio questa cosa, non è facile perché noi abbiamo l’io, è tutto chiaro, se io faccio questo ottengo quest’altro. Però dobbiamo cercare di calarci nella mente pre-simbolica, che è un’impresa impossibile ma se ci riuscissimo quello che abbiamo come concetto con cui lavorare sono queste contingenze, sono questo calore, questa ripetizione. Se queste calori, ripetizione, affetti positivi e negativi cominciano a entrare nei pattern, che si ripetono e la mia aspettativa su questi pattern viene confermata, questi pattern si consolidano sempre di più fino a diventare delle proto-rappresentazioni. Tra queste proto-rappresentazioni nel momento in cui il mio effetto sul mondo viene confermato dalla regolazione esterna della madre, allora e è possibile che emerga una proto-rappresentazione del sé perché ne consegue dal fatto che c’erano delle contingenze in cui ero io il trait d’union, l’elemento comune.

“Ma quindi dovremmo nascere già con un prototipo di sé?”
La conclusione a cui arrivano questi studiosi è che la costruzione del proto-sé comincia già nell’utero.