

## **Alcune note sui gruppi di ricerca sulle trasformazioni nel processo analitico**

Il *Three-Level Model for Observing Patient's Transformations* è stato concepito appositamente per condurre osservazioni cliniche sistematiche sulle trasformazioni di pazienti in trattamento psicoanalitico e dunque per migliorare le capacità di ascolto e di elaborazione – il cosiddetto «secondo sguardo» – degli analisti. La sua finalità primaria è quella di arricchire e raffinare le potenzialità osservative e il *working-through* dell'analista, focalizzandosi puntualmente sulle trasformazioni che avvengono nel paziente durante l'analisi. Il termine *trasformazione* è quindi usato, inizialmente, nel senso comune di cambiamento o modificazione e solo in stadi successivi del lavoro del gruppo le diverse vedute teoriche su questo specifico concetto – la trasformazione – vengono incluse nell'analisi dell'osservazione. La trasformazione del paziente ha sempre la priorità, sebbene sia implicito che essa avvenga all'interno della reciproca relazione con l'analista.

Il *Three-Level Model* è dunque fondamentalmente un metodo *euristico* per raffinare, sistematizzare e concettualizzare le osservazioni cliniche. Esso può essere adottato come un protocollo di lavoro per gruppi di discussione che desiderino potenziare le capacità di osservazione clinica dei partecipanti attraverso l'analisi sistematica di materiale clinico.

Il metodo è strutturato su diversi *step*, che sono i seguenti:

1. Descrizione fenomenologica delle trasformazioni.
2. Identificazione della principale dimensione di funzionamento psichico nel quale è avvenuto il cambiamento.
3. Valutazione e confronto delle possibili ipotesi esplicative del cambiamento.

## **Descrizione fenomenologica delle trasformazioni**

Il primo *step* del modello è rappresentato dalla possibilità di affinare la capacità di riportare le trasformazioni che sono avvenute in un'analisi attraverso l'osservazione e la discussione della descrizione fenomenologica di due o più punti di riferimento. Viene considerato come primo punto di reperi (*anchor-point*) la manifestazione, durante le prime sedute presentate, di alcune dimensioni del funzionamento psichico che l'analista che presenta il caso – il *Presenter* – ha scelto di porre al centro della sua osservazione. Gli altri punti riferimento (*transformation points*) sono rappresentati da sedute riportate da momenti successivi dell'analisi (per esempio sei mesi o anche uno/due/tre anni) scelti dall'analista perché a suo avviso mostrano cambiamenti significativi in alcune delle dimensioni di funzionamento psichico inizialmente presentate. La descrizione dell'analista permette al gruppo di discutere se c'è stato un cambiamento positivo, nessun cambiamento o un cambiamento negativo. I resoconti clinici devono essere esaurienti e dettagliati al fine di trasmettere le esperienze dell'analista e del paziente, offrendo materiale della seduta tale da poter supportare le inferenze circa i processi inconsci sottostanti le trasformazioni. Qualora l'analisi sia iniziata da qualche tempo il *Presenter* potrà scrivere una breve storia e presentare il materiale del caso in modo tale da permettergli di trasmettere il proprio controtransfert, il significato psicoanalitico e la risonanza della propria esperienza in questo trattamento. La discussione di gruppo dovrebbe usare lo stesso linguaggio esperienziale. L'iniziale *anchor point* e i punti di reperi successivi dovranno essere considerati come un'unità e presentati insieme per la discussione del gruppo.

La descrizione di sedute analitiche da due o più momenti dell'analisi permette al gruppo – che in qualche misura «assiste» il «ricercatore clinico» a individuare sempre meglio l'oggetto della sua ricerca (per esempio il ruolo dei cambiamenti del contenuto manifesto dei sogni come indicatore di cambiamento terapeutico) – di focalizzarsi sulla valutazione delle trasformazioni che hanno avuto luogo dall'uno all'altro e anche durante ogni seduta nell'interazione tra paziente analista.

La discussione del gruppo, a questo livello, può svolgersi a partire da quesiti molto semplici. Per esempio: 1) il materiale suggerisce l'esistenza di un cambiamento positivo o di un cambiamento negativo o di nessun cambiamento? 2) Quali sono le trasformazioni percepibili fra una seduta e l'altra? 3) Quali sono i sentimenti dei partecipanti circa le trasformazioni che hanno avuto luogo nell'interazione durante una singola seduta? 4) Quali cambiamenti indicano i seguenti punti: a) in che modo il paziente usa l'analista? b) che uso egli fa degli interventi dell'analista? c) in che modo il paziente usa la propria mente e il proprio corpo durante la seduta? d) Quali parti del materiale clinico hanno una speciale risonanza all'interno dei partecipanti per quanto riguarda questi cambiamenti?

### **Identificazione della principale dimensione di funzionamento psichico nel quale è avvenuto il cambiamento**

Il secondo scopo del metodo è identificare la dimensione principale del funzionamento psichico all'interno della quale queste trasformazioni avvengono con non avvengono. Un'accurata e sistematica descrizione di cambiamento richiede che i due punti di riferimento siano confrontati all'interno della stessa dimensione e che il *report* dell'analista offra una prospettiva sufficientemente ampia sui problemi del paziente, in particolare sul suo funzionamento mentale intrapsichico e interpersonale. Ovviamente le trasformazioni devono avvenire in dimensioni del funzionamento che siano rilevanti dal punto di vista psicoanalitico. Non è cioè tanto importante che avvenga un cambiamento nella realtà esterna del paziente se questa non è accompagnata da trasformazioni nelle sue modalità intra- e inter-psichiche (capacità empatiche, senso del Sé, etc.).

Considerando la molteplicità dei linguaggi teorici in psicoanalisi è utile che la discussione inizi utilizzando un linguaggio fenomenologico che tenti di rendere operativi concetti che usino parole che comprendano il minimo comune multiplo delle diverse versioni teoriche esistenti di questo concetto.

Possibili scopi della discussione del gruppo al livello due possono essere:

1) analizzare cambiamenti nel paziente in accordo con una dimensione diagnostica descritta in un linguaggio molto vicino all'esperienza e insaturo dal punto di vista teorico; 2) contestualizzare maggiormente le specifiche trasformazioni in accordo con una più generale descrizione di ciò che «non funziona» nel paziente; 3) osservare i fattori implicati nelle trasformazioni. Questo livello prepara e rafforza la base osservativa in vista del 3° livello, quando la comprensione delle trasformazioni sarà dipanata alla luce di differenti prospettive teoriche.

Possibili punti di discussione per il gruppo possono dunque essere:

- 1) Esperienza soggettiva di malattia.
- 2) Pattern delle relazioni interpersonali.
- 3) Principali conflitti intrapsichici.
- 4) Funzionamento mentale o di personalità. Struttura psicopatologica.
- 4) Percezione del Sé degli Altri.
- 4) Capacità di regolazione degli impulsi, degli affetti e del valore di sé.
- 4) Capacità di comunicare le proprie esperienze affettive, fantasie e rappresentazioni interne corporee e simboliche del Sé.
- 5) Legame con l'oggetto: quanto profondo e stabile è il legame con gli oggetti interni ed esterni; quanto il paziente è in grado di strutturare relazioni caratterizzate da intimità e reciprocità, basate su rappresentazioni integrate di sé e degli altri.

### **Valutazione e confronto delle possibili ipotesi esplicative del cambiamento**

A un maggiore grado di astrazione le trasformazioni che avvengono durante un'analisi possono essere comprese in accordo con differenti modelli teorici di spiegazione. A questo livello, il primo gradino è dunque quello di esaminare le ipotesi alternative e di scoprire quali siano le loro affinità e le loro differenze e quali le loro complementarità. La discussione dovrebbe sempre essere focalizzata sulla relazione tra queste ipotesi e l'osservazione clinica. Lo scopo della discussione non è, infatti, quello di scegliere tra le ipotesi ma di esaminare il supporto clinico per ognuna di essere. «Testare» le ipotesi potrebbe allora essere considerato come un

tentativo di esplorare e migliorare la base osservativa delle ipotesi teoriche, di sviluppare l'abilità di collegarle criticamente con le osservazioni cliniche e di fare predizioni o congetture che possano stimolare nuove osservazioni cliniche.

Differenti approcci clinici e teorici sono pertanto considerati come ipotesi alternative, il cui grado di adattabilità al materiale clinico può essere esaminato allo scopo di valutare punti di forza e di debolezza di ciascuna di esse con lo scopo di perfezionare la loro corrispondenza con il materiale clinico e quindi la loro tenuta esplicativa concettuale.

La discussione di gruppo al terzo livello potrebbe focalizzarsi sui seguenti interrogativi:

- 1) Quali sono le ipotesi dell'analista a un livello esplicito e implicito? Sono cambiate durante l'analisi?
- 2) Quali altre ipotesi potrebbero essere prese in considerazione da altri punti di vista teorici?
- 3) Quali sono i loro punti di forza e di debolezza? Quali aspetti di ognuna di queste ipotesi sono più convincenti e quali, al contrario, non sono così convincenti?

In sostanza, il *Presenter* potrà quindi portare un caso di trattamento psicoanalitico, riferendo nel primo incontro una breve storia e poi presentando, complessivamente nella prima giornata, 3-4 sedute del trattamento stesso. Le prime due sedute dovranno essere, se non proprio i primi colloqui o le prime sedute del trattamento, almeno di una fase molto precoce dell'analisi. Le successive potranno riguardare un periodo successivo, a discrezione del *Presenter* e a seconda del tempo intercorso dall'inizio dell'analisi (per esempio: qualche mese dopo se si tratta di un trattamento iniziato per esempio un anno prima; due anni dopo circa se invece l'analisi fosse in corso per dire da alcuni anni). All'inizio il *Presenter* esprimerà in maniera semplice un suo *focus*, cioè un aspetto del trattamento di cui vorrebbe seguire l'evoluzione (i sogni, un sintomo, etc.).

Il Chair verrà invece designato dal gruppo in ogni incontro: sarà, quindi, a rotazione. È auspicabile che egli abbia esperienza di gruppi clinici di discussione di materiale. I suoi compiti saranno infatti: 1) moderare l'ordine degli interventi, dando la parola secondo il turno 2) mantenere il funzionamento del gruppo su un livello inizialmente associativo (si tratta di un gruppo di intervizione fra pari); 3) favorire il buon funzionamento del gruppo.

Una volta che il *Presenter* avrà terminato di riferire la breve storia clinica, il *Chair* chiederà al gruppo se ci sono domande o richieste di chiarimenti, ai quali il *Presenter* risponderà. Vi sarà poi un primo giro di associazioni dei partecipanti. Il *Presenter* proseguirà poi con la presentazione dell'altro materiale clinico e così via.

Il *Reporter* può intervenire come gli altri membri del gruppo, riporta gli interventi dei vari partecipanti, senza scrivere tutto in modo pignolo e non registra. Non descrive le dinamiche di gruppo. All'inizio dell'incontro successivo, il *reporter* leggerà il suo *report*, suscettibile di correzioni o integrazioni, qualora un membro del gruppo lo richieda espressamente.

Abbiamo ipotizzato come incontri successivi dei gruppi domenica 21 ottobre (per i gruppi che si sono riuniti il 26 maggio) e domenica 28 ottobre (per quelli che si sono riuniti il 27 maggio).

Il 2 febbraio 2019 si terrà poi la seconda Giornata Nazionale della Ricerca, i cui contenuti e l'organizzazione sono in via di definizione.