

ESPANSIONE DIADICA DEGLI STATI DI COSCIENZA E PROCESSO DI CAMBIAMENTO TERAPEUTICO*

E.Z. Tronick¹

Perché gli esseri umani cercano così intensamente connessioni emozionali e forme d'intersoggettività e perché il fallimento nel raggiungimento di queste condizioni ha effetti così dannosi per il benessere psichico del bambino? L'obiettivo primario di questo articolo è di delineare un'ipotesi che possa spiegare questi fenomeni.

L'ipotesi dell'espansione diadica di coscienza sostiene che ogni individuo, in questo caso il bambino e la madre, oppure il paziente e il terapeuta, sia un sistema che si autoorganizza, che crea i propri stati di coscienza, i quali possono evolvere divenendo stati mentali dotati di maggior complessità e coerenza grazie alla cooperazione con un altro sistema autoregolato. Questa ipotesi affonda le radici nel mio Modello di Mutua Regolazione (MRM) applicato all'interazione adulto-bambino (Tronick, 1989). L'MRM descrive il processo microregolatorio socio-emotivo della comunicazione che produce (o non produce) gli stati diadici di coscienza.

La comprensione di come la mutua regolazione degli affetti concorra alla creazione delle espansioni diadiche di coscienza ci aiuta anche a capire cosa produce cambiamento all'interno del processo terapeutico. Come molti altri, credo che il processo terapeutico implichi "qualcosa di più" rispetto all'interpretazione come unica modalità di cambiamento terapeutico (si veda anche Lyons-Ruth per questo). Ritengo che attraverso la comprensione delle interazioni tra la mamma e il bambino possiamo ottenere degli insight rispetto a cosa sostanzia questo "qualcosa in più" che concerne l'interazione terapeutica. Prima del problema del cambiamento terapeutico affronterò la teoria della mutua regolazione e quella dell'espansione diadica di coscienza.

Per comprendere l'importanza critica del legame sociale e della mutua regolazione, interrogiamoci su cosa capita quando il legame mamma-bambino si rompe e il processo di mutua regolazione salta. Per indagare questi aspetti ho ideato il paradigma del "Viso Immobile" (Tronick et al., 1978; Carpenter et al., 1973). In questo esperimento alla madre viene chiesto di non intraprendere il suo normale comportamento interattivo. Sta di fronte al bambino ma rimane in uno stato di non responsività. L'effetto sul bambino di questo atteggiamento della madre è drammatico. I bambini praticamente all'istante captano il cambiamento e tentano di sollecitare l'attenzione della madre. Dopo aver registrato un fallimento in questo tentativo, la maggior parte dei bambini si volta per poi guardare una seconda volta la madre. Il ciclo di sollecitazioni può essere ripetuto molte volte. Ma quando ogni tentativo attivato dal bambino fallisce il piccolo si ritira, perde il controllo posturale e la capacità di autoconsolarsi. Il disimpegno è profondo anche solo a causa di questa piccola interruzione nell'intersoggettività. La risposta del bambino rimanda alla risposta di ritiro delle scimmie isolate di Harlow o dei bambini in istituzione osservati da Spitz e Bowlby. Questo

* E.Z. Tronick (1998) Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health Journal*, 1998, vol. 19 (3), pp. 290-299. La traduzione è stata effettuata dalla dott.ssa Roberta Vitali all'interno del gruppo di supervisione clinica sulla *Consultazione e le patologie gravi in età prescolare* tenuto dalla dott.ssa Giuliana Barbieri nel 2002 presso il Centro di Psicoanalisi Cesare Musatti.

¹ Members of the *Process of Change Study Group*, Boston, Massachusetts: Nadia Bruschweiler-Stern, Alexandra M. Harrison, Karlen Lyons-Ruth, Alexander C. Morgan, Jeremy P. Nahum, Louis Sander, Daniel N. Stern.

paradigma del volto immobile è un modello di trascuratezza emotiva e di negazione dell'intersoggettività, quello che Modell ha definito come "sindrome della madre morta" (che preclude la creazione di espansione diadica di coscienza). Cosa spiega un effetto tanto drammatico? Fino ad ora sia io che altri abbiamo presunto che la motivazione a stabilire una connessione emozionale o l'intersoggettività fosse una caratteristica tipicamente umana. Il fondamento di questo assunto si riferiva all'evoluzione della nostra specie come specie sociale, al nostro uso del linguaggio, alla natura collaborativa della costruzione di significati e alle teorie relazionali della formazione dell'attaccamento e del Sé. Comunque anche se questi assunti appaiono plausibili sono necessarie ulteriori spiegazioni. L'espansione diadica di coscienza ci offre un modo per uscire da questo enigma, soprattutto grazie al riferimento a concetti tratti dalla teoria dei sistemi.

Prima di presentare questa teoria, esplicitiamo un'analogia tra la regolazione affettiva e la regolazione degli stati omeostatici nel bambino. Gli stati di omeostasi sono molto diversi dagli stati di coscienza, ma il processo di regolazione omeostatica e di creazione degli stati di coscienza hanno una caratteristica in comune: sono entrambi regolati diadicamente. Il primo insegnamento di Claude Bernard era che il mantenimento di un ambiente interno fosse il compito primario dell'organismo. Quando un bambino non si trova in uno stato di omeostasi (ad esempio la sua temperatura corporea è bassa) l'organismo deve devolvere tutta la sua capacità regolatoria per cercare di ristabilire il normale equilibrio omeostatico. Tuttavia, Bernard non è riuscito ad evidenziare una caratteristica importante dei processi regolatori omeostatici degli esseri umani, ossia il fatto che il mantenimento dell'omeostasi è un processo diadico e collaborativo. I bambini devono collaborare con gli altri per poter regolare positivamente i loro stati omeostatici fisiologici. Sicuramente il bambino è un organismo con dei confini e ovviamente l'adulto è esterno al limite anatomico del piccolo. Nonostante questo l'adulto è parte integrante del sistema regolatorio omeostatico del bambino, così come di tutti gli altri processi regolatori interni.

Cosa intendiamo quando diciamo che la regolazione della temperatura è un processo diadico? Anche se Bernard non è stato capace di capirlo, una buona regolazione della temperatura corporea non può realizzarsi solo attraverso l'azione del bambino. Se è vero che il bambino possiede dei meccanismi per auto regolare la sua temperatura corporea (cambiare postura, aumentare il suo livello di attività), è altresì vero che questi processi potranno fallire sulla base delle condizioni esterne. Ma la sua temperatura potrà essere regolata anche esternamente da chi si occupa di lui, ad esempio attraverso il mantenimento di un contatto ventrale con il corpo dell'adulto. Questi processi, interni o esterni, sono funzionalmente equivalenti per la regolazione della temperatura del corpo del bambino. I meccanismi interni o esterni formano un unico sistema composto da due componenti (bambino e madre) -ossia un sistema diadico. Inoltre, questi processi regolatori implicano la comunicazione tra i vari membri del sistema diadico. Gli adattamenti generati internamente vengono guidati da meccanismi del sistema nervoso centrale e periferico, che rispondono ai segnali provenienti dalle zone centrali e periferiche. I cambiamenti nel modo di tenere il bambino da parte del caregiver sono guidati da segnali attivi (pianti) e passivi (cambiamenti di colore) emessi dal piccolo. Quindi lo stato fisiologico del bambino è sempre regolato diadicamente nell'interazione con il caregiver, che resta un componente esterno del sistema regolatorio del piccolo.

Spostandoci adesso alla questione della regolazione degli stati emotivi del bambino, troviamo che anch'essi sono regolati diadicamente. Le componenti principali sono il sistema nervoso centrale del bambino (zone limbiche), i comportamenti che da esso vengono organizzati e controllati (regole di esibizione delle emozioni) e gli input regolatori dati dall'adulto di riferimento (espressioni facciali, gesti, contatti). Il sistema di regolazione emotiva diadico è guidato poi dalla comunicazione tra le componenti interne ed esterne (bambino-madre): per illustrare questo meccanismo riportiamo una sequenza interattiva.

Un bambino di 6 mesi e sua madre stanno giocando e la madre si china per strofinare il suo viso su quello del bambino. Il bambino prende con le mani i capelli della madre e quando lei si allontana lui

non la lascia andare. La madre, per il dolore, risponde mostrando un'espressione visiva e vocale di rabbia. Il piccolo immediatamente si calma e porta le mani al viso con un movimento difensivo. La madre indietreggia, si ferma un attimo e lentamente si riavvicina al bambino. Il bambino lascia cadere le sue braccia e riprendono il loro normale scambio.

Questa sequenza interattiva mostra molti aspetti critici dell'interazione mamma-bambino. Prima di tutto il bambino percepisce il significato dell'esibizione affettiva della madre, non ne imita semplicemente la risposta, ma vi reagisce in un modo che risulta essere appropriato al significato implicito dell'espressione materna (l'espressione di rabbia implica che qualcosa di brutto sta per accadere; mentre l'espressione di gioia implica che si può sorridere di nuovo e stare insieme). In secondo luogo queste differenti risposte del bambino comunicano alla madre la valutazione che lui è in grado di dare rispetto al livello dell'interazione, attraverso il ricorso ai suoi meccanismi di regolazione/esibizione emotiva ben organizzati. Diversamente da quanto sostenuto dalle posizioni teoriche più classiche, le emozioni del bambino non sono affatto disorganizzate e disorganizzanti, piuttosto, appaiono come complesse configurazioni di dimensioni facciali, vocali, posturali e gestuali (Weinberg & Tronick, 1994).

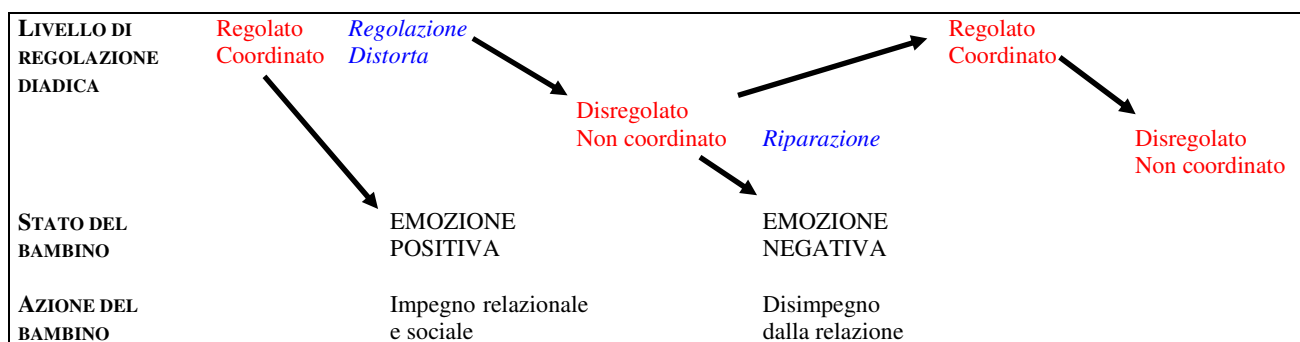


Figura 1. Livelli di regolazione tra madre e bambino

Inoltre, in contrasto con l'ipotesi secondo cui nel bambino è attivo solo il funzionamento del cervello rettile (sistema limbico), i comportamenti affettivi del bambino rendono evidente che, indipendentemente da quali siano i meccanismi cerebrali operanti nella prima infanzia (limbici o corticali), essi risultano essere adeguati per l'organizzazione e l'inibizione delle risposte.

Infine le reazioni della madre e del bambino sono determinate dai dispositivi di esibizione emotiva materni e dalla comprensione implicita che il bambino sviluppa di tali dispositivi, trattandosi di un processo di mutua regolazione in cui emerge la capacità di entrambi gli interattanti di apprezzare il significato della reazione emotiva altrui e di sostenere le azioni del partner per coorientarsi verso il raggiungimento di obiettivi comuni.

Ho sostenuto che il processo di riparazione (Vedere fig. 1) è un evento critico o un'unità di analisi utile per la comprensione della regolazione diadica. L'interazione madre-bambino più tipica si sposta da stati di coordinazione (o sincronia) a stati di mancanza di coordinazione, per riassetarsi nuovamente su livelli di sincronia attraverso l'alternarsi di una vasta gamma di emozioni. Lo stato di "disregolazione" viene inteso come una forma di comunicazione distorta, condizione questa che può verificarsi normalmente quando uno dei due partner non riesce a cogliere il significato dello stato affettivo altrui e di conseguenza vi reagisce in maniera inappropriata. La transizione da stati di mancanza di coordinazione ad una condizione di mutua regolazione costituisce, quindi, un'interazione orientata alla riparazione. Considerando che sia la madre che il bambino sono "regolatori attivi" del comportamento altrui, necessariamente anche il processo di riparazione risulterà mutualmente gestito. Ogni partner segnala, attraverso una configurazione affettiva, la sua

valutazione dello stato dell'interazione e a turno, in risposta dei segnali del partner, ognuno cerca di adattare il proprio comportamento al contesto con il fine di mantenere o ripristinare uno stato di coordinazione (ad esempio nell'esempio sovraesposto la rabbia della madre e il meccanismo difensivo del bambino vengono riparati diadicamente quando la madre fa una pausa e il bambino toglie le mani dai suoi capelli e la guarda). Questo processo può essere paragonato al processo di avanzamento in terapia (si veda Stern a questo riguardo). I processi riparativi andati a buon fine e l'esperienza di stati coordinati sono associati a stati affettivi positivi, mentre i fallimenti interattivi determinano stati emozionali di valenza negativa (Tronick e Weinberg, 1998).

Possiamo quindi concludere che l'esperienza affettiva del bambino risulta essere determinata da processi di regolazione diadica.

Vorrei sottolineare un aspetto degli esempi sopradescritti prima di focalizzarmi sugli stati diadici di coscienza: in entrambi gli esempi (quello sull'omeostasi e quello sulla regolazione emotiva), se l'obiettivo è raggiungere la regolazione, ogni partecipante deve "venire a conoscenza" dello stato attuale dell'altro. Nell'esempio dell'omeostasi la madre deve arrivare a sapere che il bambino ha una condizione di squilibrio a livello di temperatura corporea. Se lei considera il bambino "caldo" come semplicemente irritabile, trascurerà i segnali comunicativi del bambino e lo lascerà da solo, rischiando di far precipitare ulteriormente la sua condizione di disregolazione.

Nell'esempio della madre che manifesta rabbia, la conoscenza cui deve arrivare è che lo stato emotivo del bambino è protettivo. Se lei vede il bambino che si copre gli occhi per giocare, potrebbe avvicinarsi e creare uno stato di ulteriore sconvolgimento. In entrambi gli esempi, quando un partner non riesce a cogliere correttamente lo stato dell'altro –omeostatico o emotivo- impedisce l'attuazione del processo riparativo.

Cos'è che acquista valore da un punto di vista esperienziale nel raggiungimento o nel mancato raggiungimento di questi stati affettivi diadici? Io credo che gli scambi sociali ed emotivi tra madre e bambino (e tra tutti gli esseri umani) abbiano la potenzialità di estendere lo stato di coscienza individuale, condizione che determina importanti conseguenze dal punto di vista esperienziale ed evolutivo. L'ipotesi dell'espansione diadica di coscienza deriva dalla teoria dei sistemi.

Un primo principio di questo modello teorico è che i sistemi biologici aperti, come gli esseri umani, funzionano incorporando, integrando ed aumentando la quantità di informazioni significative in stati dotati di maggior coerenza. Questo processo appare paradossale: da un lato più il sistema acquista complessità più informazioni verranno integrate, dall'altro l'incremento nella coerenza determina un assetto più organizzato. Questo processo, anche se viene sempre pensato come una caratteristica autoindotta dai sistemi aperti, nel caso degli esseri umani acquista una valenza diadica: sono due le menti al lavoro.

Per esempio, vediamo un'interazione di un bambino di 6 mesi con sua madre. Come abbiamo visto, il bambino è in grado di autoorganizzare in modo endogeno stati affettivi coerenti, che possono essere considerati come stati di coscienza (o per le correnti materialiste uno stato di organizzazione cerebrale). Questi stati affettivi di coscienza si rendono evidenti attraverso le configurazioni facciali, corporee, visive e gestuali del bambino. Uno stato autoorganizzato di coscienza integra una certa quantità di informazioni: input percettivi, motori, rappresentazioni, informazioni di feedback e feed-forward (previsionali), pianificazioni, intenzioni e molto altro. I limiti del sistema nervoso infantile (ad esempio, la rapidità di elaborazione delle informazioni, capacità accesso alle differenti modalità sensoriali, i limiti del controllo motorio, ecc.) impongono dei vincoli alla complessità dello stato che il bambino può autogenerare. In ogni caso la complessità degli stati di coscienza del bambino non dipende solamente dai processi endogeni d'incorporazione delle informazioni; essendo un sistema aperto le sue possibilità di espansione dipendono anche dagli input forniti dalle fonti esterne -gli adulti che si occupano di lui (caregiver).

Il caregiver fornisce al bambino input regolatori, garantendo la funzione di scaffolding (impalcatura) come la definisce Bruner, anche se a differenza dell'originaria teorizzazione di Bruner in questo caso lo scaffolding non è emotivo, ma cognitivo, condizione che può espandere la complessità e la coerenza dell'organizzazione mentale del piccolo. Di conseguenza l'espansione dello stato di coscienza del bambino deriva dai processi di mutua regolazione delle emozioni. Nel corso dell'interazione le informazioni relative allo stato di coscienza del bambino (intenzioni, affetti, livello di arousal) vengono veicolate da configurazioni affettive che la madre impara a leggere e a significare. In risposta la madre fornisce al bambino un supporto regolatorio che gli permette di raggiungere una maggior complessità a livello della sua organizzazione cerebrale.

Vediamo un esempio concreto. La comunicazione gestuale è un'azione complessa che va oltre l'incapacità del piccolo di potersi tenere seduto da solo, a causa del fatto che non è ancora in grado di controllare la sua postura e non può utilizzare liberamente le braccia a scopo comunicativo. Tuttavia, l'adulto fornendogli un supporto posturale nel momento in cui manifesta espressioni di frustrazione, sostiene la sua abilità di utilizzare la comunicazione gestuale. L'adulto sostiene il peso della testa del piccolo, lasciandolo libero di poter utilizzare mani e braccia. Attraverso questo processo il livello di organizzazione cerebrale del piccolo si complessifica e acquista una nuova configurazione, dotata di maggior coerenza, che è molto più elevata della capacità autoorganizzante che il bambino possiede a livello endogeno.

Così grazie a questa collaborazione arriviamo alla creazione di uno specifico stato di organizzazione diadica che possiede più componenti (madre e bambino) rispetto allo stato di organizzazione cerebrale del bambino (o della madre). Il sistema diadico è caratterizzato da più informazioni e da una maggior coerenza rispetto agli stati endogeni individuali. Quando madre e bambino concorrono alla creazione di questo stato diadico entrambi soddisfano il primo principio della teoria dei sistemi che implica l'acquisizione appunto di complessità e coerenza. La madre che gesticola e sostiene il piccolo compie un'azione -il gesto -che è una proprietà emergente del sistema diadico che non potrebbe svolgersi se madre e bambino non fossero connessi tra loro come componenti di un sistema unico.

La creazione di questo sistema diadico richiede che madre e bambino apprendano reciprocamente il funzionamento degli stati di coscienza dell'altro, altrimenti questa operazione non sarebbe possibile. Ad esempio se la madre sviluppa la consapevolezza che il bambino ha l'intenzione di prendere una palla, quando in realtà lui voleva colpirla in faccia, il sistema diadico non ha le basi per svilupparsi. I due sistemi restano separati, sordinati e disconnessi. Un principio che regola lo sviluppo dei sistemi diadici umani indica che per ottenere una mutua regolazione dell'interazione sociale è necessario che ogni soggetto compia una mappatura (almeno di alcuni) degli elementi che appartengono agli stati di coscienza del proprio partner.

Per riaffermare l'ipotesi della coscienza diadica possiamo dire che ogni individuo è un sistema che si autoorganizza, che crea i propri stati di coscienza -stati di organizzazione cerebrale- che possono espandersi in stati più complessi e coerenti grazie all'interazione con un altro sistema. Quando la collaborazione tra due cervelli è fruttuosa, ognuno soddisfa il principio di incremento della complessità e coerenza.

Adesso torniamo alla domanda originaria: perché le connessioni emozionali sono così importanti per l'esperienza umana per lo sviluppo del bambino? La risposta suggerita dalla nostra ipotesi è che il soddisfacimento del primo principio della teoria dei sistemi costituisce la spinta non intenzionale ed inconscia che motiva l'impegno sociale-relazionale; poi a questa condizione si accompagna un potente effetto soggettivo sugli interattanti. Nel momento in cui si crea un sistema diadico entrambi i partecipanti sperimentano lo stato di espansione rispetto al loro livello di partenza, per cui i loro stati di coscienza divengono diadici e incorporano elementi appartenenti all'altro, creando una nuova configurazione. In questo preciso momento e per tutta la durata del processo si

verifica qualcosa di simile ad un'intensa esperienza di soddisfazione. Per parafrasare Cartesio: Interagisco, dunque Sono.

Facciamo adesso un altro esempio dell'impatto che può avere la rottura di questo stato di coscienza diadico. Si tratta di un altro esperimento realizzato con il paradigma del "Viso Immobile", questa volta con una bambina di 30 mesi. All'inizio viene chiesto alla madre di giocare normalmente con la bambina (Tronick, Weinberg & Beehgly, non citato), dopo pochi minuti di normale interazione le viene invece chiesto di mantenere un'espressione fissa e impassibile e soprattutto di non rispondere alla piccola. Come nel caso precedente del bambino di 6 mesi, anche qui gli effetti sono drammatici. La bambina coglie quasi immediatamente il cambiamento nello stato mentale della madre. Prega la mamma di giocare con lei con una voce emotivamente caricata, chiede una risposta. Poi inizia a tirare oggetti in giro e alla fine colpisce la madre nel tentativo di costringerla a reagire. Quando la madre ripristina il suo normale funzionamento, la bambina manifesta ancora disagio e l'interazione può essere riparata solo grazie ad un approccio gentile ed accogliente della madre. Quindi a 30 mesi possiamo ancora vedere quanto possa essere profondo l'effetto della rottura o dell'impedimento di una condizione di stato di coscienza condiviso sul bambino. Questi effetti possono rendersi evidenti in diverse situazioni tipiche. Ad esempio, l'ipotesi degli stati diadici di coscienza suggerisce che l'ansia e la paura da separazione che emergono nella seconda metà del primo anno di vita dipendano da un'esperienza di "diminuzione" -specificatamente un senso di perdita di coerenza nell'organizzazione interna- che si presenta quando l'adulto si allontana e non è più presente. Un effetto simile può anche spiegare l'emergenza della paura dell'estraneo.

Cosa succede ai bambini quando viene cronicamente impedita la creazione di stati di coscienza diadici? L'effetto di questa condizione è che il normale sviluppo del bambino subisca arresti o distorsioni. Il bambino viene privato dell'esperienza di espandere i suoi stati mentali nell'interazione collaborativa con la madre o con altri. Esempi di come questo processo di deprivazione si possa verificare si trovano nel nostro lavoro sugli effetti patologici della depressione materna sul funzionamento cognitivo, emotivo e sociale del bambino (Weinberg & Tronick, 1998). Da una prospettiva di mutua regolazione, la depressione materna irrompe nel funzionamento della relazione madre-bambino e altera il normale processo di riparazione emotiva. L'ipotesi dell'espansione diadica di coscienza implica, tuttavia, una possibilità ancora più drammatica.

Considerato che il sistema del bambino funziona per espandere il suo livello di complessità ed aumentare il suo livello di coerenza, un modo che il figlio di una madre depressa può avere per compiere questa espansione è assumere alcuni elementi dallo stato di coscienza materno. Questi elementi saranno, però, negativi - affetti ostili e rabbiosi, ritiro e disimpegno. Comunque, da questa operazione può determinarsi uno stato di coscienza condiviso, anche se il suo fondamento resta negativo. Nel perseguire l'obiettivo di espansione, il bambino incorpora elementi depressivi e lo stato di coscienza condiviso che ne deriva contiene una base di dolore, anche se questa condizione di sofferenza non annulla "il bisogno" di espansione. In maniera critica, quando il figlio di una madre depressa approda ad altre relazioni, l'unico modo che ha per continuare il processo di espansione è quello di stabilire degli stati diadici di coscienza costruiti attorno ad un nucleo depressivo, proprio come era avvenuto nella relazione primaria.

Quindi una conseguenza di questa precoce storia diadica è una modalità di attaccamento involutivo a esperienze relazionali negative.

Credo, perciò, che il processo di mutua regolazione, a livello degli scambi emotivi e più criticamente a livello degli stati di coscienza, determini molto nello sviluppo emotivo, sociale e rappresentazionale del bambino. Quando la regolazione affettiva funziona bene, lo sviluppo prosegue rapidamente. Gradualmente vengono affrontati, risolti ed incorporati compiti più complessi dal bambino in solitudine, ma anche dal bambino in collaborazione con gli altri. Quando invece interviene un fallimento lo sviluppo deraglia e la possibilità per il bambino di acquisire complessità viene limitata o addirittura ridotta (il bambino può anche regredire). Gli effetti sono visibili sul bambino, ma il fallimento è interattivo. Quando questa condizione perdura e l'esperienza si struttura

intorno al fallimento, il bambino può andare incontro a disturbi affettivi e a varie forme di psicopatologia.

Per tornare adesso alla questione del cambiamento terapeutico, credo che vi siano molte ragioni per pensare che i fenomeni di mutua regolazione madre-bambino possano chiarire il processo di cambiamento. Innanzitutto, il neonato e il bambino cambiano con una rapidità incredibile. E anche se alcune potenzialità per il cambiamento come le spinte maturative non sono più disponibili nei setting terapeutici degli adulti, un elemento fondamentale resta attivo: lo scambio relazionale che si instaura tra paziente e terapeuta. In secondo luogo, lo scambio madre-bambino non contiene la conoscenza semantica, né alcun elemento interpretativo, si struttura solo sulla comunicazione emotiva tra madre e piccolo, che è un livello di conoscenza procedurale (si veda Lyons-Ruth a questo riguardo). Proprio questa comunicazione emotiva è quel “qualcosa in più” che noi cerchiamo nel processo terapeutico. Certamente riconosco che la relazione madre-bambino è asimmetrica, ma lo è anche la relazione paziente-terapeuta (si veda Morgan). Inoltre, la madre porta il suo passato nell’interazione, mentre il bambino sta sviluppando il suo “passato”.

Credo, quindi che dalla valutazione dell’interazione madre-bambino possiamo ricavare alcune indicazioni per la comprensione del processo terapeutico. Per il bambino, il legame con la madre è il veicolo per l’espansione dei suoi stati di coscienza e l’espansione diadica costituisce un potente fattore di trasformazione. La mente del piccolo diviene più coerente grazie all’incorporazione di più informazioni e ogni volta che viene raggiunto uno stato di coscienza diadico si verifica una ristrutturazione nell’organizzazione mentale attuale e passata del bambino. Analogamente, nel setting terapeutico ritengo che anche paziente e terapeuta possano raggiungere questi stati diadici, anche se essi non implicano necessariamente l’interpretazione, anche se può, comunque, essere d’aiuto. Si tratta di stati puramente emotivi e impliciti (procedurali) e come tali costituiscono proprio quel “qualcosa in più” che permette al paziente di raggiungere un cambiamento nella sua organizzazione mentale.

Più specificatamente, l’ipotesi è che paziente e terapeuta creino uno stato diadico di coscienza che emerge dalla mutua regolazione degli affetti e che permette al paziente di espandersi e trasformarsi. Questo stato di coscienza è specifico della relazione terapeutica, ma è il paziente che ne incorpora gli elementi. E proprio questa nuova esperienza permetterà loro di modificare l’assetto della relazione e mantenerlo a questo nuovo livello (si veda Stern al riguardo) nel futuro. Quindi il paziente sperimenta una relazione qualitativamente unica con il terapeuta, come se si trattasse, da un punto di vista soggettivo, di un’esperienza nuova, espansa, singolare. Considerando che il processo viene raggiunto attraverso la mutua regolazione anche il terapeuta sperimenterà gli stessi effetti.

Quando però i cambiamenti restano ascrivibili solo alla relazione terapeutica acquistano un valore relativo, anche se non sono limitati. Gli stati di coscienza diadici che si creano in terapia riorganizzano anche le altre relazioni del paziente (la conoscenza implicita del paziente su come mettersi in relazione; si veda Lyons-Ruth e i casi di Harrison, Brushweiler-Stern & Harrison). Questa ristrutturazione di nuovo segue i principi della teoria dei sistemi. Con il raggiungimento di stati di coscienza diadici più coerentemente organizzati i vecchi elementi necessitano di essere reintegrati all’interno di questa nuova organizzazione. Il “qualcosa in più” con il terapeuta diviene parte del fatto che il paziente (ri)sperimenta “qualcos’altro” (o la mancanza di “qualcos’altro” o “qualcos’altro che è diverso”) specifico nella sua coscienza delle relazioni passate o attuali con gli altri. Un cambiamento terapeutico è davvero tale quando il paziente lo assimila e lo riproduce anche al di fuori della relazione terapeutica.

In definitiva, questa visione del cambiamento terapeutico è basata sull’ipotesi che tutti gli esseri umani sono in grado di raggiungere stati diadici di coscienza, che si sviluppano a partire da processi di mutua regolazione affettiva. Questi processi sono particolarmente visibili negli scambi affettivi tra mamma e bambino, anche se in questo contesto la conquista di stati diadici è la spinta maturativa che serve ad ottenere un cambiamento evolutivo e che mira alla creazione nel piccolo della conoscenza

implicita e procedurale relazionale che lo guiderà nel suo modo di relazionarsi a e rappresentarsi il passato. Come abbiamo visto il processo di mutua regolazione caratterizza anche la relazione terapeutica, dove a differenza di quanto accade “nella creazione del passato del bambino”, il cambiamento si realizza primariamente attraverso la reintegrazione e la riconfigurazione di stati di coscienza del paziente già esistenti. E queste trasformazioni sono il risultato della mutua creazione di stati diadici unici e nuovi.

Infine, per concludere con un'ulteriore nozione speculativa, vorrei ipotizzare che la capacità di creare stati diadici di coscienza con un'altra persona e la qualità di questi stati dipendono in parte dalla storia che l'individuo ha avuto nei precoci stadi del suo sviluppo rispetto al raggiungimento di questi stati. Quindi, non è semplicemente il contenuto del passato (ad esempio, la madre ha sempre fatto X) a determinare l'attuale funzionamento affettivo e relazionale, ma anche le modalità delle precedenti mutue regolazioni (ad esempio, noi abbiamo sempre interagito in quel modo). Inoltre, questa concezione rende chiaro perché la terapia debba contenere quel “qualcosa in più” oltre all'interpretazione. Nelle prime fasi dello sviluppo l'interpretazione non è possibile, ma la mutua regolazione che si instaura sostanzia molto del modo con cui il bambino si relazionerà al mondo. Di conseguenza la terapia deve contenere “qualcosa in più”, perché solo attraverso l'esperienza e l'esplorazione di questo “qualcosa in più” è possibile accedere alla conoscenza implicita del paziente rispetto alle sue prime relazioni che possono essere messe in connessione con quelle attuali. Ci sembra importante che siano esplorate quindi nuove tecniche terapeutiche per modificare quest'area implicita di rappresentazioni ed espandere gli stati di coscienza individuali.

Riferimenti bibliografici

- BRUNER J. (1975) From communication to language - a psychological perspective. *Cognition*, 3, 255-278.
- CARPENTER G.C., TECCE J.J., STECHLER G. & FREIDMAN S. (1973) Differential visual behaviour to human and humanoid faces in early infancy. *Merril Palmer Quarterly*, 16, 91-108.
- TRONICK E.Z. (1989) Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.
- TRONICK E.Z., ALS H., ADAMSON L., WISE S. & BRAZELTON T.B. (1978) The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1-13.
- WEINBERG M.K. & TRONICK E.Z. (1994) Beyond the face: an empirical study of infant affective configurations of facial, vocal, gestural and regulatory behaviours. *Child Development*, 65, 1495-1507.
- WEINBERG M.K. & TRONICK E.Z. (1998) The impact of maternal psychiatric illness on infant development. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 53-61.