10
Tecniche di base

Le operazioni terapeutiche che costituiscono la tecnica dell'analisi transazionale si suddividono in otto categorie. Queste categoria hanno un certo ordine logico, che talvolta potrà darsi debba essere violato nella pratica clinica. Queste operazioni sono di due tipi generali: interventi e interposizioni.

Tipi di operazioni terapeutiche

INTERROGAZIONE. Il terapeuta impiega l'interrogazione principalmente per aiutarsi a documentare quei punti che promettono di essere clinicamente decisivi ("Ma hai veramente rubato quel denaro?"). Per l'Adulto del paziente, le interrogazioni sono uno stimolo a pensare, e da questo punto di vista assomigliano ai confronti; inoltre gli segnalano in che direzione il terapeuta vuole andare. Il Genitore del paziente può evadere il problema mediante pregiudizi, dogmi o frasi stereotipate ("Cerchi di saperlo da solo"), oppure può schierarsi insieme o contro il terapeuta sminuendo se stesso ("È stupido comportarsi così, vero?") o iper-negando ("È ridicolo pensare che io possa fare una cosa del genere"). Il Bambino del paziente può rispondere la verità in modo condiscendente o supplichevole, oppure può cercare di instaurare un gioco rispondendo in modo approssimato, tangenziale, paradossale o falso.

Ricorrete alle interrogazioni quando siete certi che l'Adulto del paziente vi risponderà.

Non ricorrete alla semplice interrogazione se è probabile che a rispondere siano il Genitore o il Bambino del paziente.

Ricorrete talvolta all'interrogazione per verificare quale parte di lui sta reagendo, o per vedere come risponderà a una particolare domanda.

Attenzione: Cercate solo di rado di ottenere più informazioni di quante siano necessarie per lo scopo immediato, perché potreste scoprire che il paziente è ben felice di giocare a "Storia Psichiatrica".

SPECIFICAZIONI. La specificazione è una dichiarazione da parte del terapeuta, che categorizza talune informazioni. Può essere di assenso ("Cosicché, hai sempre voluto comprare cose costose"), il che corrisponde grosso modo a una terapia 'non direttiva'; oppure tendente a fornire informazioni ("Questo è tipico della bambina che c'è in te"). L'obiettivo è quello di fissare talune informazioni nella mente del terapeuta e in quella del paziente, di modo che vi si possa tornar su successivamente in operazioni terapeutiche di maggiore importanza.

Gli effetti sul paziente sono simili a quelli dell'interrogazione: Adulto ("È interessante, non ci avevo mai pensato prima"); Genitore ("È molto immaturo" oppure "È una cosa ridicola"); Bambino ("Hai di nuovo ragione", oppure "Non proprio così").

Ricorrete alla specificazione quando prevedete che successivamente il paziente potrebbe negare di aver detto o voluto dire una data cosa, o come preparazione a una spiegazione.

Non ricorrete alla specificazione se essa rischia di spaventare il Bambino del paziente ("Da questo, Gene, capisco che hai avuto sempre un interesse sessuale per altri uomini").

Ricorrete talvolta alla specificazione per vedere se il paziente è una volpe incallita, oppure per verificare fino a dove potete arrivare senza spaventare il suo Bambino ("Cosicché, Gene, in entrambi i casi non hai voluto che portasse con sé la sua ragazza").

Attenzione: Non specificate una cosa che non è stata specificata, altrimenti il paziente potrebbe essere incoraggiato a giocare a "Psichiatria — Tipo Psicoanalitico" ("Sì, sono sempre stato un masochista").

CONFRONTO. Nel confronto il terapeuta utilizza le informazioni precedentemente ottenute e specificate, per sconcertare il Genitore, il Bambino o l'Adulto contaminato del paziente mettendo in evidenza un'incongruenza. Il paziente è messo in crisi, e la sua psiche è messa fuori equilibrio, e questo tende a generare una ridistribuzione dell'investimento di carica. Se questa ridistribuzione non fa altro che rafforzare l'inadeguato stato dell'Io che è già in posizione preminente, il confronto è stato effettuato in un momento sbagliato, oppure male. L'obiettivo terapeutico è sempre quello di investire di carica il segmento incontaminato dell'Adulto del paziente, e il raggiungimento dell'obiettivo sarà segnalato o da un pensoso silenzio o da una risata che mostra che egli ha capito. Il silenzio pensoso rappresenta una condizione instabile con due esiti possibili: un esito terapeutico, per il quale il paziente abbandona più o meno permanentemente la sua posizione precedente, e un esito controterapeutico per il quale può tornare indietro al precedente stato dell'Io non adeguato e mettersi sulle difensive o arrabbiarsi, magari impiegando come elemento ulteriore l'Adulto da poco atti-

vato. La risata,* d'altra parte, è patognomica di un decisivo passaggio d'investimento di carica, con liberazione dell'energia psichica precedentemente utilizzata a mantenere quell'incongruenza messa in crisi dal confronto; pertanto essa segna un successo terapeutico di una certa stabilità.

Per il Bambino del paziente, un confronto può rappresentare una mossa Genitoriale di un gioco che stimola operazioni difensive apprese nelle fasi precoci della vita ("Ma non intendevo dire questo", oppure, "Mi hai ferito"). Per il suo Adulto può rappresentare una sfida intellettuale della quale egli è grato ("Non me ne ero mai accorto prima"). Per il suo Genitore può rappresentare un'incursione nell'autorità Genitoriale ("Beh, io continuo a insistere che...").

Ricorrete al confronto se il paziente vi sta chiaramente ingannando o sta giocando a "Stupido" (magari senza esserne consapevole), oppure se siete veramente convinti che è capace di affrontare da solo l'incongruenza.

Non ricorrete al confronto quando vi fa sentire più intelligenti del paziente; in quel caso probabilmente siete stato incastrato. Se vi accorgete che state impiegando un confronto che inizi con un 'ma' Genitoriale, fareste bene a vedere se non siete stato vinto da una contromanovra.

Ricorrete talvolta al confronto se il paziente vi costringe a farlo giocando pesantemente a "Stupido", per scoprire perché mai volesse tanto che lo faceste.

Attenzione: Non confondete il confronto legittimo col gioco "Critica" — "Tu dimmi cosa senti e io ti dirò cosa c'è che non va in te".

SPIEGAZIONE. La spiegazione è un tentativo da parte del terapeuta di rafforzare (reinvestire di carica), decontaminare o riorientare l'Adulto del paziente ("Vedi dunque che il Bambino in te stava minacciando di diventare attivo, e quando questo accade il tuo Adulto sparisce e il tuo Genitore prende il sopravvento, ed è allora che ti metti a urlare ai tuoi figli"). La paziente può rispondere o col Genitore ("Ma perché i miei figli devono comportarsi così?"), o con l'Adulto ("Giusto"), o col Bambino ("Oh, dovrò spiegarlo a mio marito"). Nel caso del genitore, la madre della paziente ha interferito per evitare che il terapeuta raggiungesse la paziente, come nei fatti interferì quando la paziente era piccola, forse col medico di famiglia; nel caso dell'Adulto, la paziente sta usando la propria intelligenza; nel caso del Bambino sta intellettualizzando. La distinzione tra 'usare la propria intelligenza' e 'intellettualizzare' va ben notata. Talvolta quando il paziente impiega la propria intelligenza, il terapeuta può cercare di fingere che ciò non è mai avvenuto, dicendo che ha 'intellettualizzato'. Dovrebbe essere un punto d'onore sia per il terapeuta che per il paziente effettuare con precisione questa distinzione.

* Ved. capitolo 13, pp. 222-223.

Ricorrete alla spiegazione ogniqualvolta il paziente è stato adeguatamente preparato e il suo Adulto sta ascoltando.

Non ricorrete alla spiegazione se il paziente sta tuttora giocando a "Ma" ("Sì, ma..."), "Spalle al Muro" ("Non sono più bambini, sono adolescenti"), oppure "T'ho Beccato" (Ah! Ieri hai detto...").

Ricorrete talvolta alla spiegazione se il paziente ondeggia tra effettuare un gioco e uscire allo scoperto, specialmente se l'argomento in questione tocca uno degli interessi intellettuali del suo Adulto ("La stessa cosa la può vedere nel suo lavoro quando una mamma porta i figli nel suo studio").

Attenzione: Fate in modo che le vostre spiegazioni siano il più concise possibile — una o due semplici frasi enunciative — perché altrimenti vi troverete coinvolto nel gioco "Psichiatria-Tipo Transazionale".

ILLUSTRAZIONE. Un'illustrazione è un aneddoto, una similitudine o un'analogia successivi a un confronto riuscito, allo scopo di rinforzare il confronto e attenuare i suoi possibili effetti non voluti. Le interrogazioni, le specificazioni, i confronti e le spiegazioni sono tutti interventi. L'illustrazione è qualcosa di più: è un'interposizione, un tentativo da parte del terapeuta di interporre qualcosa tra l'Adulto del paziente e i suoi altri stati dell'Io al fine di stabilizzare il suo Adulto e tendergli più difficile scivolare nel Genitore o nel Bambino.

Le illustrazioni possono essere classificate lungo il parametro tempo in *immediate* o *remote*; tipicamente, un'illustrazione immediata viene data sul momento quando un confronto ha avuto immediato successo, che è manifestato da una risata. In questa situazione, l'illustrazione tenderà a provocare ulteriori risa, liberando così ulteriore investimento di carica precedentemente imbrigliata nell'incongruenza; in effetti, allenta l'organizzazione della personalità del paziente e così facilita una riorganizzazione della zona presa di mira. Un'illustrazione remota viene fornita dai dieci minuti alle dieci settimane dopo il confronto originario. Se il confronto era riuscito, si lascia al paziente più o meno tempo per installarsi in una nuova posizione, e a quel punto l'illustrazione gli dà una spinta ulteriore nella direzione voluta dal terapeuta.

Dal punto di vista spaziale le illustrazioni sono classificate in *esterne* e *interne*. Un'illustrazione esterna ha come argomento l'ambiente esterno; dunque assomiglia a uno spunto o a un'analogia. Un'illustrazione interna è di solito un confronto, perché si riferisce ad altri membri del gruppo, ma può anche assumere la forma di una similitudine o di un epigramma. È chiaro che l'illustrazione interna richiede considerevole giudizio e capacità tecniche; costituisce una transazione diretta col paziente al quale si parla e una

transazione indiretta con l'altro paziente o gli altri pazienti cui ci si riferisce. Pertanto rappresenta una forma di economia e forza terapeutica. Le illustrazioni devono essere tempestive sia per il paziente cui ci si riferisce direttamente sia per quello cui ci si riferisce indirettamente. Il terapeuta ha tre opzioni: se ha avuto un confronto con Tom, potrà dire a Tom che è come Mary (Mary, naturalmente, ascolta); oppure può cambiare linea e dire a Mary che lei è come Tom; oppure ancora può rivolgersi a tutto il gruppo e riferirsi a Tom e Mary impersonalmente. Come ulteriore raffinatezza, può scegliere tra il dire a Tom che Mary è come lui, o il dire a Mary che Tom è come lei, invece che il contrario. A causa di tali complessità, è consigliabile al principiante familiarizzarsi a fondo con gli effetti delle illustrazioni esterne prima di cercare di compiere la prima illustrazione interna.

Le illustrazioni dovrebbero essere umoristiche, o come minimo vivaci, e dovrebbero essere intellegibili al Bambino del paziente oltre che al suo Adulto; pertanto devono essere proposte in un vocabolario comprensibile anche a un bambino di cinque anni. Non devono includere parole troppo lunghe né termini troppo scientifici. Possono impiegare deliberatamente (ma con attenzione) termini colloquiali scelti per verificare la reazione del Genitore.

Per il Bambino le illustrazioni sono affascinanti perché indicano libertà dalle restrizioni Genitoriali, specialmente la libertà di ridere, la libertà di non seguire alla lettera; implicano anche il permesso di essere creativi. Per l'Adulto sono piacevoli, perché si prestano a un'economia di pensiero. Nel Genitore possono far nascere più o meno risentimento, per via del loro manifesto fascino sul Bambino, e tale risentimento dovrà essere affrontato prima o poi. Se il momento di presentarle non è scelto bene, né sono scelte bene esse stesse, possono far nascere anche del risentimento nel Bambino perché lo mettono a disagio, in particolare in quelle persone che fanno collezione di queste cose, di ingiustizie o di prove della propria inferiorità. In tali casi, invece di avvenire che l'Adulto del soggetto si unisca alle risa Adulte del gruppo, il Bambino interpreta queste risa come Genitoriali, e coglie l'opportunità per risentirsene. Imprudenti illustrazioni possono anche causare una depressione nel Bambino perché minacciano la protezione di cui gode dal Genitore.

Ricorrete alle illustrazioni quando siete sicuri che l'Adulto del paziente sta ascoltando, che il suo Bambino espressivo vi ascolterà, che il suo Genitore non prenderà il sopravvento, e che l'illustrazione prescelta sarà immediatamente percepita come direttamente pertinente al precedente confronto riuscito.

Non ricorrete all'illustrazione se state parlando a un Genitore pieno di sé o che prende le cose alla lettera (come nel caso di molti paranoidi), oppure a un Bambino che sta cercando una giustificazione per dei sentimenti alternativi. Non ricorretevi per innalzare la vostra autostima facendo vedere quanto siete intelligente o poetico. Non ricorretevi nel tentativo di rettificare un confronto non riuscito. Non ricorrete a un'illustrazione a meno che non sentiate che ogni paziente nel gruppo vi è preparato, oppure, se non lo è, che siete pronto ad affrontarne le conseguenze. Tuttavia, se le vostre creazioni riescono, è non solo permissibile, ma desiderabile che condividiate coi pazienti il divertimento che ne deriva; state solo attenti che ridano delle vostre battute prima di voi.

Ricorrete talvolta a un'illustrazione per far vedere che la solennità non è una condizione inderogabile della terapia, oppure per verificare il progresso di un paziente pieno di sé o che prende le cose alla lettera.

Attenzione: Ricordate la regola teatrale: un attore non deve mai stare troppo sulla scena. E per un terapeuta, è meglio non andarci affatto, sulla scena, che inciampare e cadere lungo disteso.

CONFERMA. Dopo aver interposto la propria influenza per stabilizzare l'Adulto del paziente, il terapeuta ora aspetta che il paziente gli presenti ulteriore materiale per confermare questo confronto. Questo lo aiuterà a rafforzare ancor più i confini dell'Io. Il Bambino del paziente ha abbandonato la propria incongruenza con una certa riluttanza, e cercherà di salvarne almeno parte in qualche modo nascosto. Il terapeuta attento si accorgerà che ciò sta avvenendo e affronterà la nuova mobilitazione del Bambino con un nuovo confronto. (''Prima, dicevi sempre: 'Non è terribile?' riguardo al tuo mal di stomaco, ma non volevi andare da un medico. Ora dici: 'Non è terribile?' perché il medico ti ha messa a dieta, quando tu stessa facevi sempre diete. Per cui penso che questo confermi la mia impressione che tu sei una che ha sempre bisogno di dire: 'Non è terribile?' '').

Si parte dal presupposto che il Bambino del paziente, se messo sotto pressione, può mettere nel sacco anche il terapeuta più acuto. Se l'informazione contenuta nella conferma è troppo evidente, il terapeuta dovrebbe chiedersi perché il paziente ha permesso che venisse smascherato. È il suo Genitore che sta tradendo il suo Bambino? Oppure è il suo Adulto che sta obbligando il suo Bambino a uscire allo scoperto? Oppure ancora è il Bambino che sta continuando il gioco per salvare la faccia, ma sta rendendo le cose facili al terapeuta nella speranza di venir salvato, come un bambino che sbircia dal suo nascondiglio per dare un indizio all'altro nel gioco del nascondino?

La conferma può essere sentita dal Genitore del paziente come un elemento che corrobori la sua opinione che del Bambino non ci si può fidare. Se questo avviene il Bambino si sentirà intrappolato dal terapeuta e proverà un conseguente risentimento. Per l'Adulto, la conferma ha un effetto di rafforzamento per via della sua forza logica. Per il Bambino, può essere sia affascinante (come il gioco del nascondino) sia rassicurante, perché dimostra la forza e l'acutezza del terapeuta, elementi che ispirano fiducia.

Ricorrete alla conferma se l'Adulto del paziente è sufficientemente forte da impedire al Genitore di impiegarla contro il Bambino, e al Bambino di impiegarla contro il terapeuta.

Non ricorrete alla conferma se il confronto originario o l'illustrazione a seguito di esso non sono riusciti; e nemmeno se il paziente sta giocando a "Ma", "Spalle al Muro" o "T'Ho Beccato"; e nemmeno se vi fa sentire contento di voi. Non molestate, rincorrete o stuzzicate il paziente per conferme a meno che non stiate mettendo alla prova la sua capacità di resistere.

Ricorrete talvolta alla conferma come tentativo per verificare le reazioni del paziente; oppure come transazione indiretta, per verificare la reazione di un altro paziente o per avvicinarvi a lui indirettamente, oppure per chiarire il suo rapporto col paziente al quale state parlando; per esempio, per vedere se cercherà di 'salvare' l'altro o invece prendere le sue parti.

Attenzione: Anche qui state attenti al gioco "Psichiatria-Tipo Psicoanalitico".

INTERPRETAZIONE. Tutto ciò che è stato compiuto sino a questo momento aveva come obiettivo primario l'investimento di carica e la decontaminazione dell'Adulto. Se sono stati compiuti con successo, il paziente ora ha a propria disposizione un Adulto forte, chiaramente definito e capace, mentre il Bambino è stato influenzato solo in via secondaria. A questo punto, il terapeuta ha tre scelte. Può cristallizzare la situazione in modo da offrire al paziente un immediato sollievo del sintomo e la capacità di gestire i rapporti con gli altri, il che costituisce la fase terminale dell'analisi transazionale pura. Qui il paziente può 'migliorare' e rimanere in quello stato fintantoché riesce a mantenere il proprio Adulto nella posizione di guida del proprio Bambino tuttora confuso. La seconda scelta è quella di posporre la cristallizzazione sino a che il Bambino non sia stato tolto dalla confusione tramite l'interpretazione psicodinamica. Questo corrisponde al programma terapeutico della psicoanalisi ortodossa. La terza opzione è una combinazione delle prime due: innanzitutto il paziente migliora grazie a un controllo dell'Adulto e, una volta stabilizzato il suo stato, si intraprende l'opera di trarre il Bambino dalla confusione.

Cosa abbastanza curiosa, il paziente coopererà con tutti e tre questi progetti. Sarà disposto a compiere sforzi seguendo la suggestione del terapeuta di concentrarsi sull'ulteriore stabilizzazione del suo Adulto. Oppure, se il terapeuta gli dice che non può migliorare fino a quando le fonti del suo disturbo originario non sono state analizzate, egli ubbidirà, posponendo la guarigione sino a che l'analisi non sia stata 'completata'. Se invece il terapeuta gli propone che può migliorare per prima cosa e analizzare i conflitti soggiacenti in un momento successivo, anche in questo caso il paziente ubbidirà, se è stato adeguatamente preparato, e se è disposto ad abbandonare i vantaggi del suo star male. L'esperienza consiglia quest'ultima alternativa, se è praticabile, in particolare se il paziente ha la responsabilità di allevare dei bambini, perché in questo caso i bambini potranno avere a casa un genitore 'sano' durante tutta la fase analitica; mentre in approcci meno rapidi, un miglioramento decisivo segue l'analisi più che precederla, cosicché i figli possono soffrire per mesi o anni prima che il trattamento faccia presa sulla madre o sul padre.

Riesaminiamo ora la situazione da un punto di vista strutturale, in modo da chiarire i rapporti tra i tre stati dell'Io. Tutto ciò che è stato fatto finora (le prime sei fasi) è strutturalmente orientato ad accrescere l'investimento di carica dell'Adulto (per esempio la specificazione), a chiarire e rafforzare i suoi confini (per esempio il confronto e la spiegazione), a decontaminarlo dalle adulterazioni del Bambino e del Genitore, di modo che possa installarsi saldamente nella posizione guida nella situazione terapeutica. Il risultato netto di tutto ciò è che il terapeuta ha una persona obiettiva e logica alla quale parlare. Durante questo procedimento, anche la presa Genitoriale sul Bambino può essere in qualche misura allentata, cosicché il Bambino è più pronto ad ascoltare nuove figure Genitoriali con nuovi modi di vedere le cose (per esempio il terapeuta e gli altri membri del gruppo), oltre che il proprio Adulto. Tuttavia per certi punti di vista il Bambino è tuttora altrettanto confuso di quanto lo fosse originariamente.

Dal punto di vista strutturale, l'interpretazione ha a che vedere con la patologia del Bambino. Il Bambino presenta al terapeuta le proprie esperienze passate sotto una forma codificata, e compito del terapeuta è decodificare e disintossicare queste esperienze, rettificare le distorsioni, e aiutare il paziente a raggruppare nuovamente le esperienze. In questo, un Adulto non contaminato è l'alleato più prezioso. Il Genitore esercita un'influenza seducente contro le interpretazioni. L'Adulto invece le passa in rassegna e le verifica a fronte della realtà probabile. Il Bambino cerca di tenerle lontane, perché esse minacciano di privarlo non solo di ogni tipo di gratificazione, ma anche della protezione dell'attento Genitore. Nella situazione tipica vi sono da una parte l'Adulto del terapeuta e l'Adulto del paziente contro, dall'altra, il Genitore del paziente più il Bambino del paziente. Dunque più l'Adulto del paziente è chiaro e fortemente investito di carica, più vi sono probabilità di successo. Lo stesso si può dire a proposito dell'Adulto del terapeuta. A ciascun passo il Bambino deve scegliere tra offendere il Genitore e allo stesso tempo abbandonare vecchie gratificazioni, oppure offendere il terapeuta e allo stesso tempo abbandonare la possibilità di nuove gratificazioni.

Un esempio. Tra le altre cose, una paziente sognò che si stava prendendo cura di un gattino investito da un'auto. Dopo che la lunga sequenza dei sogni fu terminata, la paziente chiese in tono scherzoso: "Come interpreta

i miei sogni, dottore?''. Con questo intendeva indicare che improvvisamente e troppo tardi si era resa conto di stare giocando ancora una volta a ''Psichiatria — Tipo Interpretazione dei Sogni''. Tuttavia la sua pacata domanda indicava anche il fatto che ora il suo Adulto aveva preso il sopravvento. Questo offriva al terapeuta una possibilità della quale poteva fare buon uso. Dopo una pausa, egli rispose: ''A proposito del gattino schiacciato dall'auto, tu non hai mai abortito?''. La paziente si mise a piangere. Dopo un breve silenzio, disse: ''Sì''. Dopo un altro breve silenzio, aggiunse: ''Avrei sempre voluto avere un cane invece che un gatto''.

Qui il pianto veniva dal Bambino, e significava che i lunghi anni trascorsi ad aspettare che qualcuno le chiedesse conto del suo aborto ora erano terminati. Nessuno le aveva mai chiesto di farlo, perché nella sua 'cultura' l'aborto era una cosa permessa. Il suo 'sì' veniva dall'Adulto, e significava: ''Ora mi rendo conto di quanto il mio Bambino sia stato teso e in colpa per tutti questi anni a causa di quell'azione, cosicché ora sono pronta a fare qualcosa per tutto questo, invece di far finta che non esista''. ''Avrei sempre preferito avere un cane'' significava: ''Adesso sono libera dalla censura Genitoriale riguardo all'aborto, cosicché non devo più espiarla prendendomi cura dei gatti e sono libera di prendermi un cane, invece, come ho sempre voluto fare''. I suoi colleghi (la sua 'cultura') avevano detto: ''Sarebbe stupido sentirsi in colpa per un aborto'', e la sua risposta operativa era stata: ''Non pensiate che io sia così stupida''. L'aver represso il senso di colpa l'aveva costretta ad anni di segreta espiazione. Il messaggio del terapeuta, che lei aveva capito, era stato: ''Il tuo Bambino sta male perché il tuo Genitore ti sta bastonando da quando hai fatto quella cosa. Ne hai avuto abbastanza, o vuoi passare il resto della tua vita a espiare per il tuo Genitore?''. La sua risposta, che il terapeuta capì bene, era in realtà: ''Ho cresciuto in me quel senso di colpa confortante per abbastanza tempo; adesso sono pronta a dividermi dal mio Genitore per quanto riguarda questa cosa e lottare da sola''. (Il problema del senso di colpa esistenziale 'reale' Adulto e soggiacente, diverso dal senso di colpa 'psicodinamico' libidizzato ed espiativo del Bambino, potrà essere affrontato successivamente).

Ricorrete alle interpretazioni dove e quando l'Adulto del paziente è dalla vostra parte, quando non vi state opponendo direttamente al Genitore, e quando non state chiedendo troppo sacrificio al Bambino o non state facendo nascere troppa paura di una rappresaglia o di un abbandono Genitoriali. 'Troppo' significa che il sacrificio più la paura sopraffanno ciò che l'Adulto del paziente e voi potete promettergli in contraccambio per il fatto di vedere le cose al vostro modo invece che al vecchio modo. Per esempio, nel caso precedente, alla paziente piacciono i cani e il vostro mondo attivo abbastanza da abbandonare i gatti e il mondo espiativo e confortevole del suo Genitore?

Non ricorrete all'interpretazione quando l'Adulto del paziente non è nella posizione guida o non è adeguatamente preparato, oppure non è dalla vostra parte; e nemmeno quando a parlare sono il vostro Genitore o il vostro Bambino invece che il vostro Adulto.

Ricorrete talvolta all'interpretazione per verificare se il paziente sta giocando a ''Psichiatria''. Per esempio, nel caso precedente, se la paziente avesse risposto: ''Oh, i gattini sono un simbolo di aborto?'', questa probabilmente sarebbe stata la risposta di un Bambino precoce più che quella di un Adulto. In quel caso il terapeuta avrebbe potuto rispondere semplicemente: ''OK!'', per vedere se la paziente voleva continuare il gioco oppure smetterla. Un'interpretazione può essere anche impiegata come ultima disperata risorsa nella speranza che quando il paziente lascia la terapia, forse molto tempo dopo, riesca a smettere di tenerla a distanza e possa utilizzarla.

Attenzione: in alcuni casi il terapeuta tende ancor più del paziente a intellettualizzare invece che impiegare la propria intelligenza.

CRISTALLIZZAZIONE. L'obiettivo tecnico dell'analisi transazionale è portare il paziente al punto in cui le affermazioni cristallizzanti del terapeuta divengano efficaci. Una cristallizzazione è un'affermazione riguardo alla posizione del paziente proveniente dall'Adulto del terapeuta e diretta all'Adulto del paziente (''Dunque ora sei nella posizione di smetterla di fare quel gioco, se scegli di farlo''). In questa fase l'analisi transazionale ha completato il proprio compito, con o senza interpretazione, nell'area presa in considerazione. L'analisi transazionale non cerca di 'rendere' migliore il paziente, quanto piuttosto di portarlo nella posizione in cui possa esercitare l'opzione Adulta di stare meglio. Per lo meno in senso esistenziale, per il terapeuta è indifferente quale scelta compia il paziente; tutto ciò che egli può fare è rendere possibile al paziente la scelta. Tuttavia è inutile cercare di nascondere al paziente il fatto che il terapeuta ha dei propri pregiudizi a favore della salute e dello star bene; potrebbe persino consigliare al paziente di scegliere di star meglio, ma seguire o no questo consiglio spetta al paziente. Se tuttavia il terapeuta va al di là del semplice consiglio professionale, diventa Genitoriale, e la 'scelta' del paziente non è più una scelta Adulta, quanto piuttosto un atto di acquiescenza o di ribellione del Bambino. Questo tipo di scelta è più una risoluzione che una decisione, e come sanno tutte le persone pratiche, le risoluzioni sono fatte per essere smentite; sono solo le decisioni Adulte quelle che vengono prese per essere mantenute.

Logicamente parlando, se in questa fase il paziente chiede: ''Devo scegliere di star meglio?'', la risposta corretta è: ''No''. Se il terapeuta dovesse rispondere ''Sì'', la ''decisione'' del paziente non è più sua, e la sola decisione autonoma che egli può prendere è quella di non migliorare. Se il terapeuta risponde: ''No'', la decisione autonoma diventa quella di migliora-

re. Tuttavia tutto ciò non vale sino a che il paziente non è nella posizione di effettuare decisioni Adulte. Molti terapeuti preferiscono non rispondere affatto, ma questa non è necessariamente la risposta più produttiva.

Se il paziente è adeguatamente preparato da quanto è avvenuto prima, il suo Adulto accoglierà la cristallizzazione con contentezza ed entusiasmo. Sarà presa come qualcosa che aspettava, una comunicazione professionale, proveniente dall'Adulto del terapeuta, che gli dice che lui ora è in grado di star meglio, giudizio questo che non sempre è capace di date da solo. Questo annuncio è uno dei modi in cui il terapeuta si guadagna finalmente la parcella, perché lo compie sulla base del giudizio e dell'esperienza clinica che sono suo peculiare punto di forza rispetto a un profano.

In questa fase l'Adulto e il Bambino del paziente sono in buoni rapporti reciproci, e anche il Bambino accoglierà con gratitudine la cristallizzazione, tuttavia con una certa trepidazione e anche forse una certa nostalgia, perché questo significa abbandonare per sempre il vecchio modo e provare una cosa nuova, tuttora strana, e non ancora pienamente verificata.

Ciò che il Bambino sta in realtà abbandonando, migliorando, è il suo Genitore, ed è il Genitore a essere offeso da tutto questo procedimento. Di conseguenza la reazione del Genitore alla cristallizzazione può somigliare a quella di un certo tipo di madre quando suo figlio, arrivato a quarant'anni, le annuncia che finalmente se ne va di casa per sposarsi. Lei o se la prende con un capro espiatorio (in questo caso il terapeuta), oppure diviene istantaneamente invalida. Il bravo terapeuta deve essere in grado di affrontare il Genitore arrabbiato che vede il Bambino partire sulla strada della salute; tuttavia, se in una lotta all'ultimo sangue vengono usati come armi i sintomi somatici, nasce una situazione difficile e pericolosa. Questa è un'altra ragione per la quale la decisione finale di star meglio è lasciata al paziente. Se egli vi viene sospinto, potrà star meglio psicologicamente, ma solo per tornare con una gamba rotta o un'ulcera gastrica. Se invece la cosa è lasciata a lui, avvertirà da solo quando il tempo è maturo per andare avanti, e si risparmierà complicazioni di natura organica. Pertanto il terapeuta gli dice quando è capace di andar da solo, ma è il paziente a decidere quando effettivamente spiccare il volo.

Ricorrete alla cristallizzazione non appena siete sicuro che non solo l'Adulto, ma anche il Bambino e specialmente il Genitore del paziente sono adeguatamente preparati.

Non ricorrete alla cristallizzazione se il paziente mostra rinnovati segni di disturbi somatici, oppure un inusuale interesse per i sintomi somatici in sé e negli altri, oppure ancora un improvviso sorgere di coraggio o di depressione che lo portino in situazioni manifestamente difficili.

Ricorrete talvolta alla cristallizzazione se appena il paziente *minacci* di sviluppare un disturbo somatico o di esporsi a inutili pericoli; in questo caso

utilizzatela all'inizio della seduta e state molto attenti alle successive reazioni Genitoriali, mobilitando le vostre migliori capacità terapeutiche per affrontarle in modo competente.

Attenzione: non confondete una 'risoluzione' del Bambino con una 'decisione' Adulta da parte sua.

Precauzioni generali

Le seguenti precauzioni generali valgono per tutti gli otto tipi di operazioni terapeutiche.

1. Non andate mai al di là del materiale clinico presentato dal paziente. È preferibile restare tre passi indietro. In un confronto, per esempio, presentate il primo elemento. Se è efficace, gli altri due possono essere sempre impiegati da qualche altra parte con buon vantaggio. Se il primo non è efficace, presentate il secondo per verificare se il paziente non ha davvero capito o semplicemente non è ricettivo. In quest'ultimo caso, avete sempre il terzo elemento di riserva e quindi avete sempre il controllo della situazione terapeutica.
2. Non lasciatevi mai sfuggire un'occasione legittima di andare avanti.
3. Non forzate mai una resistenza se non allo scopo di verifica, basata però su una ipotesi concreta ben meditata.

Altri tipi di intervento

Le operazioni che abbiamo descritto sono quelle adeguate a un programma di analisi transazionale ben delineato e diretto, e permettono la maggiore economia di tempo terapeutico e di sforzo sia per il paziente che per il terapeuta. In situazioni particolari, tuttavia, l'analista transazionale potrebbe dover ricorrere ad altri approcci, ma non deve farlo a meno che non sappia esprimere chiaramente perché.

La situazione più comune che richiede tali modifiche è il trattamento degli schizofrenici attivi. Qui il terapeuta potrebbe dover agire deliberatamente come un Genitore piuttosto che come un Adulto per periodi più o meno lunghi, talvolta di anni. Alcuni interventi Genitoriali, coi relativi nomi, sono i seguenti.

Sostegno. Può consistere semplicemente nel dare carezze; il loro contenuto, purché siano date con tatto, è irrilevante. Il loro effetto può essere accresciuto se il contenuto è adeguatamente permissivo o protettivo ("Dai, fallo").

Rassicurazione. Qui il tono di voce Genitoriale può essere più importante del contenuto (''Fai bene a farlo''). È difficile che la rassicurazione non abbia successo se il Bambino del paziente si sente senza protezione, tuttavia può non aver successo date le due situazioni principali di ipocrisia. 1) Se i genitori effettivi del paziente gli danno una rassicurazione ipocrita, le buone intenzioni del terapeuta possono produrre un effetto inaspettato, o subito o in una fase successiva. 2) Se il terapeuta si sbaglia e non si accorge che è il suo Bambino ostile a rivestire il ruolo di genitore, anche in questo caso può avvenire che il paziente non reagisca in senso favorevole.

Persuasione. La persuasione contiene quasi sempre un forte elemento di seduzione (''Perché non lo fai?''). Il terapeuta deve essere sicuro di sapere che cosa il paziente si aspetta in cambio della sua acquiescenza, e deve essere pronto ad affrontare le conseguenze ultime: o dover elargire la ricompensa implicitamente promessa oppure dover pagare uno scotto per non averla elargita.

Esortazione. In talune situazioni l'esortazione può generare risultati gratificanti grazie all'acquiescenza del Bambino del paziente (''Devi farlo!''). Tuttavia, nella misura in cui istituisce un rapporto effettivo Genitore-Bambino tra il terapeuta e il paziente, un rapporto che entrambi possono trovare gratificante, a lungo andare essa può rendere più difficile raggiungere l'obiettivo ultimo della terapia, che è quello di installare in posizione guida l'Adulto del paziente. In questo caso, oltre al bisogno del paziente di rimanere attaccato al rapporto Genitore-Bambino, vi è la possibile riluttanza del terapeuta ad abbandonare una situazione così gratificante. Tutto ciò si applica tanto più all'impiego dell'ipnosi.

Tra gli interventi sul Bambino impiegati da alcuni terapeuti, alcuni sono legittimi — per esempio nel trattamento dei bambini. La cosa migliore è non ricorrere agli interventi sul Bambino senza una particolare formazione, come quella che si può avere negli ospedali infantili. In taluni casi, i terapeuti incerti, non sapendo più cosa fare, vengono erroneamente indotti da articoli della stampa specializzata a tentare sul Bambino interventi che in ultima analisi sono basati sulla menzogna.

Nessun analista transazionale dovrebbe mai permettersi di impiegare qualsiasi forma di inganno o dissimulazione, perché questo equivale a dare deliberatamente inizio a un gioco col paziente. L'obiettivo terapeutico è rendere il paziente libero dai giochi, ed è dubbio che questo possa essere fatto nel modo più efficace se il terapeuta dà inizio a un suo proprio gioco. Certo egli non ha alcun diritto di lamentarsi se un tale procedimento si rivela controproducente.

Il tempo dedicato a fare esperimenti può quasi sempre essere meglio speso a osservare e riflettere sul comportamento naturale e spontaneo dei pazienti.

Scelta e sincronizzazione delle operazioni terapeutiche

Le forze terapeutiche. Obiettivo del trattamento di gruppo è combattere il passato nel presente per garantire il futuro. Nella situazione di gruppo ci sono quattro forze terapeutiche in azione: la *vis medicatrix naturae*, la spinta naturale dell'organismo verso la salute; l'elemento salutare biologico costituito dalle carezze o dal riconoscimento da parte di altre persone; le esperienze sociali correttive, i confronti e gli incontri; e infine le operazioni del terapeuta. Le prime tre forze sono continuamente in azione in qualsiasi situazione sociale, cosicché da questo punto di vista il trattamento di gruppo non offre alcun particolare vantaggio rispetto ad altre forme di attività sociale, quali i Boy Scout o l'appartenere a una data loggia. Pertanto, è solo grazie alle sue operazioni terapeutiche che il terapeuta giustifica il tempo e l'energia che ha dedicato alla propria formazione, le parcelle che chiede ai clienti, e il suo status di professionista.

Come imparare a operare. Imparare la scienza e l'arte di un'operazione terapeutica è come imparare a ballare o a fare una puntura lombare. Quando si impara a ballare, innanzitutto si imparano i singoli movimenti, che inizialmente vengono effettuati uno alla volta. A un certo punto, due o più di questi movimenti si fondono in una sola sequenza. Alla fine tutti i movimenti del ballo diventano un'unica azione fluida e coordinata, un'unità in se stessa. Quando ciò avviene, un passo dopo l'altro, tutto il ballare comincia ad assumere la forma di una serie di atti fluidi senza intoppi, fusi l'uno nell'altro senza scosse percettibili o attenzione consapevole; i vari elementi scompaiono e la sequenza diviene 'automatica'. Questo segna il passaggio dalla scienza all'arte, dalla fase 'digitale' alla fase 'analogica', dall'aritmetica, che aggiunge una unità all'altra, alla formula, che considera l'insieme della situazione in un unico corso ampio e fluente.

Allo stesso modo, lo studente in medicina effettua le sue prime punture lombari 'un elemento alla volta', effettuando consapevolmente e deliberatamente ciascuna fase come un'azione isolata, dall'aprire la boccetta antisettica all'iniettare il liquido. Un esperto neurochirurgo, invece, effettua tutto il procedimento come un gioco di prestigio, con destrezza e fluidità da quando prende l'antisettico sino a quando l'ago si infila con precisione nel punto giusto. Un esempio ancor più semplice e più efficace lo vediamo nel lavoro delle infermiere. La principiante effettua tutta una serie di movimenti brevi, alquanto staccati, nel porgere al paziente una pillola tratta da una boccetta. Un'infermiera più anziana effettua il tutto in un unico, aggraziato e notevolmente economico movimento del braccio.

Il terapeuta principiante si accorgerà che lo stesso principio è valido per lui col passare del tempo. La procedura che presentiamo di seguito può apparirgli complessa e scomoda da affrontare 'un elemento alla volta', ma con

la pratica e l'esperienza i vari passi si fondono in quella che sembra una decisione semplice presa in una frazione di secondo; guardando indietro, tuttavia, capirà di essere in realtà passato attraverso ciascuna fase della sequenza nell'ordine giusto senza rendersene conto. Per esempio, in quanto esperto potrà avere degli osservatori nel suo gruppo. Se effettua un intervento che 'intuitivamente' sa essere giusto, uno degli osservatori potrebbe poi chiedergli perché l'ha fatto, ed egli potrà ripercorrere tutto il processo di pensiero che vi era dietro — una serie di cose per raccontare le quali può darsi ci vogliano dieci o quindici minuti. Eppure tutto quel ragionamento era stato condensato in pochi secondi. Scopo di queste annotazioni è rincuorare lo studente affinché non si perda d'animo di fronte a quella che sembra essere un'enorme gamma di elementi. Inizialmente potrà anche omettere dei passi e inciampare, ma con la pratica un giorno dovrà essere in grado di andare avanti tranquillo, con capacità e senza sforzo.

Criteri d'azione. Tutte le operazioni vengono intraprese con un solo obiettivo in mente: guarire il paziente. Questo ha la precedenza su tutte le altre considerazioni, e specialmente sul pensare a sé da parte del terapeuta, per esempio chiedersi che impressione farà sugli osservatori o a una riunione del personale. Ha anche la precedenza sull'esigenza di 'fare terapia di gruppo'. Pertanto la prima domanda è:

1. Oggi da cosa sto cercando di guarire il paziente?

La seconda domanda ha a che vedere con la razionalità della terapia e con la tempestività del terapeuta rispetto a se stesso.

2. Il paziente ha detto o fatto qualcosa che potrebbe costituire la base per un'ipotesi terapeutica?

Un'ipotesi terapeutica è costituita da due parti: l'aspetto informativo (psicologico) e l'aspetto sociale (transazionale). L'aspetto informativo o psicologico dell'ipotesi cerca di rispondere alla domanda: il paziente ha detto o fatto qualcosa che promette di chiarire un aspetto precedentemente oscuro della struttura della sua personalità o delle sue dinamiche? In caso affermativo, che cosa posso dirgli che, con la maggior economia di parole da parte mia, possa attivare in lui il massimo di chiarificazione? Oppure, più succintamente:

3. Qual è la mia ipotesi circa la sua personalità?
4. Qual è il modo migliore per me per convalidarla?

L'aspetto sociale, transazionale o terapeutico dell'ipotesi riguarda l'effetto dell'operazione.

5. Come penso che reagirà a quello che dico?

Le prossime due domande cercano di chiarire il punto 5, e sono i principali elementi per determinare il momento dell'intervento.

6. A quale dei suoi stati dell'Io deve essere diretto il mio intervento?
7. In realtà, nel momento presente, quale dei suoi stati dell'Io ha maggiori probabilità di fornire la risposta manifesta a quello che dico?

In un'operazione terapeutica diretta, le risposte alle domande 6 e 7 devono essere le stesse; in altre parole, lo stato dell'Io a cui ci si rivolge deve essere anche quello che ha più probabilità di rispondere. A questo punto la transazione sarà complementare. Se le risposte ai punti 6 e 7 sono diverse, vale a dire se lo stato dell'Io cui ci si rivolge non è quello che con più probabilità risponderà, ci si deve aspettare una transazione incrociata. Eccetto taluni tipi di confronto, nei quali una reazione incrociata può essere deliberatamente voluta, le transazioni incrociate vanno evitate. In ogni caso, le risposte a queste due domande preparano il terapeuta alla reazione più probabile del paziente. Così egli evita di essere sconcertato, e mantiene il controllo della situazione terapeutica, che è la chiave del successo.

La risposta alla prossima domanda è determinata dal progresso terapeutico del paziente.

8. In questa fase del suo miglioramento, quale forma di intervento è indicata?

Il criterio successivo riguarda fattori secondari, vale a dire l'effetto dell'operazione su ciascuno degli altri pazienti del gruppo.

9. Quale sarà l'effetto più probabile dell'operazione su ciascuno degli altri pazienti del gruppo in questo momento?

Attraverso una rapida e precisa elaborazione dei dati, il terapeuta deve trovare la formulazione esatta per ottenere il massimo effetto terapeutico su tutti i pazienti presenti, oppure, in situazioni rischiose, per avere l'effetto deleterio minimo su ciascuno degli altri. Questo è il problema della strategia nel trattamento di gruppo.

La domanda successiva dà una rapida valutazione delle capacità di intervento d'emergenza del terapeuta.

10. Se le risposte non sono le più probabili in ciascun caso, quali sono le possibilità più remote, e come farei ad affrontare ciascuna di esse?

Se le risposte a tutte queste domande sono soddisfacenti, il terapeuta sarà pronto a parlare, dopo aver soppesato un'ultima considerazione decisiva, che è spesso trascurata. Se l'operazione deve essere terapeutica, e non semplicemente accademica, sensazionale o confondente, deve essere pertinente.

11. La manifestazione che sto prendendo in considerazione è solo interessante, oppure è patologica?

Se non è patologica, l'intero progetto si ferma lì, perché, a rigor di termini, l'operazione sarebbe irrilevante e sarebbe uno spreco di tempo prezioso.

Tutte queste domande possono essere ora convenientemente elencate in forma riassuntiva, dopo di che ne daremo un esempio nella pratica.

1. Da cosa sto cercando di guarire il paziente oggi?
2. Il paziente ha detto o fatto qualcosa che potrebbe costituire la base di un'ipotesi terapeutica?
3. Qual è l'ipotesi psicologica circa la sua personalità?

4. Qual è il modo migliore per convalidarla?
5. In che modo il paziente reagirà transazionalmente a quello che dico?
6. A quale suo stato dell'Io devo parlare?
7. Quale dei suoi stati dell'Io ha maggiore probabilità di sentirmi?
8. Quale forma di intervento è indicata?
9. Influenzerà gli altri pazienti?
10. Quali sono le altre possibilità, e come affronterò ognuna di esse?
11. La manifestazione di cui mi sto occupando è patologica?

Se le probabilità valutate grazie a queste domande sono soddisfacenti, il terapeuta può procedere oltre. Anzi, ogniqualvolta le risposte a queste domande sono soddisfacenti ha il dovere di procedere.

Un problema a mo' di esempio. Esaminiamo ora un esempio comune: una donna che in gruppo chiede se deve continuare il trattamento di gruppo o andare in Europa.

In analisi trasazionale, non è necessario sapere nulla sulla storia precedente del paziente, se non ciò che si collega direttamente all'attuale situazione momentanea nel gruppo. In analisi transazionale un paziente è 'riconosciuto' non secondo gli abituali criteri storici ("Oh, sì, ecco un'altra trentenne paranoide non sposata segretaria senza fratelli e un padre rigido...", ecc.), quanto piuttosto tramite le sue operazioni nel gruppo e i suoi progetti futuri ("Oh, sì, una taciturna che gioca a 'Non è Terribile' e che si mostra sempre in lacrime di modo che gli altri non le facciano troppe domande, e che minaccia continuamente di lasciare il lavoro").

Sophia, la donna in questione, era sempre pronta a lamentarsi di come andavano le cose in ufficio, e settimana dopo settimana diceva che non riusciva a decidersi se continuare il gruppo o partire per l'Europa. Quando gli altri membri dissero che in realtà stava cercando di decidere se migliorare o cercare in Europa una soluzione magica ai suoi problemi, lei evase l'argomento per lungo tempo. Quel particolare giorno, chiese nuovamente se doveva restare nel gruppo o partire. Gli altri risposero in modo abbastanza concreto, chiedendosi di nuovo come dovevano affrontare una domanda come quella, e le domandarono gentilmente di spiegare cosa intendeva fare. Tuttavia, dal modo in cui Sophia questa volta affrontava la questione, il Dottor Q. pensò che forse era pronta per la resa dei conti, cosicché decise che la cosa migliore da fare era interrompere gli altri membri e andare al cuore del problema. In precedenza a Sophia era già stato chiesto svariate volte perché non voleva migliorare, e lei aveva finto di non capire la domanda. Partendo dall'ipotesi che adesso era pronta a rispondere, il Dottor Q. le chiese:

(a) "Perché non vuoi migliorare?".

"Perché migliorare significherebbe fare quelle cose che i miei genitori hanno sempre voluto che facessi, e io devo deluderli", rispose lei, ridendo nervosamente.

(b) "Questo mi ricorda una storiella", disse il Dottor Q. "Una sera in pieno inverno un poliziotto trovò un ubriaco seduto su uno scalino, tutto pieno di brividi, tremante, gelato, e gli chiese che ci faceva lì. L'ubriaco disse: 'Io vivo qui', al che il poliziotto disse: 'Ma allora perché non entri in casa?'. L'ubriaco: 'Perché la porta è chiusa a chiave'; e il poliziotto: 'Perché non suoni il campanello?'. L'ubriaco: 'L'ho fatto, ma non mi rispondono'; il poliziotto insistè: 'Ma perché non suoni di nuovo? Morirai di freddo qua fuori?'. E l'ubriaco: 'Oh, che aspettino pure' ".

Quasi tutti i membri del gruppo risero. Due fecero un cenno d'assenso col capo, e Jim disse: "Questo sono io". Anche Sophia rise. Allora il Dottor Q. aggiunse:

(c) "Purtroppo, i genitori talvolta dicono cose che sono giuste. Hai intenzione di passare il resto della tua vita a reagire ai tuoi genitori, oppure pensi che un giorno starai meglio?".

"Beh", rispose Sophia, "Forse un giorno starò meglio".

"Beh, se alla fine lo farai, perché non lo fai subito, e ti risparmi un bel po' di tempo e di sofferenza?".

"Ci penserò", rispose Sophia; al che il Dottor Q. volse immediatamente la propria attenzione a un'altra persona.

L'analisi delle operazioni del Dottor Q. è la seguente (la numerazione segue i criteri prima riportati):

1. Il suo compito di quel momento era guarire la paziente dal giocare a "Non è Terribile?". Riuscire in questo in realtà richiedeva che lei cambiasse atteggiamento, dal dimostrare che il mondo le causava problemi, al vedere in che modo poteva cambiare il proprio modo di esperire il mondo. Fintantoché la sua indecisione continuava, altrettanto avrebbero fatto i suoi attacchi d'angoscia.
2. Lei aveva posto la sua domanda abituale in un modo inusualmente poco sicuro o 'esplorativo', che stava a indicare che forse pensava che il gioco fosse finito. Era stato questo a dar vita all'ipotesi che i tempi fossero maturi.
3. L'ipotesi psicologica era che l'investimento di carica era passato dal Bambino all'Adulto di lei, cosicché ora il suo Adulto era sufficientemente forte da considerare la situazione di lei in modo obiettivo, e il suo Bambino era sufficientemente tranquillo da astenersi dall'interrompere — situazione che, se non è ideale, è come minimo favorevole.
4. Il modo migliore per convalidare questa ipotesi era attaccare direttamente la posizione del suo Bambino per vedere se lei l'avrebbe abbandonata o avrebbe cercato di ricrearla.
5. Vi erano buone probabilità che lei fosse pronta ad abbandonarla, anche se avrebbe potuto rispondere: "Ma, non capisco. Io voglio star meglio".
6. Dal modo in cui aveva risposto a quello che le dicevano gli altri membri del gruppo, sembrava che il Dottor Q. avesse la possibilità di parlare al suo Adulto.

7. Il Dottor Q. riteneva che sarebbe stato il suo Adulto a fornire la risposta manifesta. Per ottenere il risultato voluto, era necessario che anche il suo Bambino ascoltasse la domanda, invece di cercare di eluderla, e le prospettive sembravano incoraggianti.

8. Dato che non era ancora impegnata nella terapia, era consigliabile cominciare sin dall'inizio con un'interrogazione, anche se lei aveva già imparato abbastanza da permettere una domanda alquanto sofisticata come la (a).

9. Molti degli altri pazienti erano nella stessa fase, cosicché la domanda (a) era significativa anche per loro, ed era poco probabile che se ne adombrassero. Il resto del gruppo era già impegnato nella terapia, e si sarebbe sentito piacevolmente superiore e desideroso di aiutare.

10. Se Sophia avesse eluso la domanda (a), essa poteva essere ridiretta a uno degli altri membri (Jim) che già aveva indicato di considerare con un certo interesse la questione. Se qualcuno si fosse adombrato, era quasi certo che Jim sarebbe andato al suo salvataggio dicendo che era pronto a discutere l'argomento.

11. L'indecisione di lei era parte integrante della sua patologia, e un suo impegno nella terapia era d'importanza cruciale per la guarigione. Dunque qualsiasi operazione in questo campo costituiva un utile investimento di tempo.

L'operazione iniziale, allora, consistette in una interrogazione (a). La risposta di Sophia in se stessa era una netta specificazione, e conteneva un confronto con se stessa (come manifestato dalla risata nervosa), oltre che una spiegazione strutturale, dato che era evidente che si rendeva conto che era il suo Bambino che lottava contro i genitori. Per sottolineare questa acquisizione Adulta e anche per impegnare in essa il Bambino, il Dottor Q. fornì immediatamente un esempio esterno (b). La risata di lei che ne seguì fu una conferma. Dato che l'obiettivo immediato era di natura transazionale e non analitica, non si tentò nessuna interpretazione. Invece, il Dottor Q. passò immediatamente alla cristallizzazione (c). La reazione di lei fu soddisfacente, perché non conteneva alcun 'ma', ed egli non poteva chiederle che quello che lei disse: e cioè che ci avrebbe pensato sopra. Non vi era evidentemente alcun interesse a spingere più a fondo l'argomento in quel momento, cosicché il Dottor Q. passò immediatamente ai problemi di qualcun altro.

Il programma terapeutico del Dottor Q. era di far avvenire una decisiva alterazione, sotto controllo Adulto, della concezione (del Bambino) che Sophia aveva di se stessa e del mondo intorno a sé. Questo le avrebbe permesso di provare piacere in ciò che la circondava, e avrebbe eliminato gli attacchi di angoscia. A quel punto sarebbe stata in grado di compiere il viaggio in Europa e di goderselo. Una volta tornata, poteva reinserirsi nel gruppo, se lo voleva, di modo che la sua situazione potesse essere stabilizzata tramite procedure analitiche intese ad alleviare parte della pressione paranoide

latente proveniente dal suo Bambino. Alcuni degli altri membri, che innanzitutto erano migliorati e poi avevano analizzato quanto era successo, avvertirono cosa il terapeuta avesse in mente. Sembrarono essere a favore di questo programma, e fecero del loro meglio per favorirlo.

Le operazioni del Dottor Q. — l'interrogazione (a), l'esempio (b), e la cristallizzazione (c) erano il risultato di decisioni intuitive istantanee. Successivamente, tuttavia, egli poté razionalizzarle in dettaglio seguendo gli undici criteri prima riportati. Senza dubbio la razionalizzazione completa avvenne in un qualche 'computer' preconscio nel momento in cui vennero prese quelle decisioni. In questo esempio, le operazioni procedettero nell'ordine più logico, dall'interrogazione alla cristallizzazione. Dobbiamo qui fare accenno al 'bersaglio', un'operazione che ha un effetto terapeutico simultaneamente sul Genitore, sull'Adulto e sul Bambino. È un ideale a cui tendere.