

L'ESPLORAZIONE DEL SÉ AL DI LÀ DELLE CREDENZE

di Emanuele Bruno

“Sono sul treno, sto tornando a Torino per passare un fine settimana con la mia migliore amica, sono felice. Il lavoro va bene, la scuola pure, sto facendo le cose che mi piacciono. A un certo punto guardo fuori dal finestrino e inizio a sentire dell’ansia” “Come mai, cosa pensi?” “Penso che non mi riconosco. È una cosa tutta nuova sentirmi così felice, mi chiedo se sia giusto o sbagliato, non lo so. Mi hanno sempre messo addosso aggettivi negativi: quella chiusa, quella musona, quella introversa. Ora che sono diversa non mi riconosco, non so chi sono”.

In questo scambio con una paziente emerge un elemento molto importante nel lavoro con persone che provengono da contesti fortemente traumatici: la difficoltà o impossibilità di riconoscersi in un sé diverso da quello imposto dalle figure genitoriali.

Questo aspetto può caratterizzare il corso della terapia con questi pazienti. Ciononostante, ritengo che non abbia direttamente a che fare con il lavoro di disconferma di credenze patogene quanto più con l’esplorazione di un’immagine e un senso di sé che non è stato possibile esplorare perché fortemente svalutato, aggredito o trascurato nella fase di sviluppo.

Questo elemento, in particolare, trovo che emerga con forza verso la fine della terapia, quando la disconferma delle credenze patogene lascia spazio a un nuovo vissuto doloroso: la perdita di quei riferimenti identitari che, per quanto portatori di sofferenza, offrivano un’immagine chiara di sé. Se nella prima fase della terapia si tratta di abbandonare quell’immagine granitica, in quest’ultima entra in gioco una modalità tutta nuova in cui l’esplorazione diventa l’assetto relazionale e motivazionale principale.

Nella storia di sviluppo di questi pazienti ciò che caratterizza le relazioni con le figure significative è, da parte di queste ultime, una costante attività di demolizione, demonizzazione e svalutazione di qualsiasi forma di autonomia di pensiero e di comportamento. Tutto ciò che si discosta dalla norma, cioè da ciò che il genitore desidera o si aspetta, viene non soltanto giudicato negativamente, ma aggredito, maltrattato, umiliato. Non c’è alcun interesse per la comprensione della mente dell’altro, dei suoi bisogni e desideri, del fatto che l’altro possa essere qualcosa di diverso da sé. Nel caso della paziente a cui sto facendo riferimento, qualsiasi tentativo di affermarsi come individuo con una sua identità era considerato rumore, un fastidio, un qualcosa che “si sovrapponeva al volume della televisione” generando sdegno e rabbia nelle occasioni migliori, silenzio e indifferenza nelle peggiori.

I *sensi di colpa da separazione e slealtà* e da *odio di sé* (Gazzillo, Kealy, 2025; Gazzillo, 2021) giocano un ruolo chiave nella genesi del vissuto sopraesposto. L'assunto è: da un lato non posso essere nient'altro rispetto a quello che i miei genitori dicono che io sia, dall'altro sono sbagliato, disgustoso, rotto per cui qualsiasi cosa possa desiderare autonomamente è di per sé un errore, qualcosa di profondamente inadeguato. Queste credenze danno vita a un vicolo cieco dal quale la persona non può prendere le distanze né pensare che farlo possa essere una cosa buona per sé: se rinuncia a sé e diventa ciò che l'altro vuole, fa schifo; se è sé stessa, fa schifo.

A questa impalcatura si aggiunge solitamente un altro sistema di credenze che ha a che fare con il *sensò di colpa del sopravvissuto* (Fimiani et al. 2021). In questo caso, l'elemento centrale è: se riesco a distaccarmi da questa visione di me, e a tollerare la possibilità di non essere completamente sbagliato nel farlo, allora mi sento in colpa perché posso essere felice nelle mie scelte e affrancarmi dall'infelicità del mio contesto familiare.

Le vite dei genitori di questi pazienti, infatti, solitamente sono caratterizzate dalla rinuncia e dalla rassegnazione. Ed è sui loro figli che riversano tutta la rabbia di una vita infelice costretta da scelte apparentemente obbligate ma in realtà frutto di angosce e timori mai elaborati e risolti. Sono genitori che solitamente avrebbero voluto fare altro nella vita ma "per far quadrare i conti", "per tenere in piedi la famiglia", "perché non se lo potevano permettere" ci hanno dovuto rinunciare perché "era la cosa giusta da fare". Questo vissuto contribuisce ampiamente all'attacco nei confronti dell'autonomia e ai desideri delle persone che arrivano in terapia con queste tematiche. Per non crollare sotto il peso della rassegnazione, la scelta di questi genitori diventa l'unica possibile, quella giusta in assoluto, quella che il figlio o la figlia deve seguire, e tutta la rabbia e l'umiliazione rivolta verso i movimenti di individuazione dell'altro contribuiscono a farlo desistere ancora prima di iniziare. Pensare di vivere serenamente, di godere di una propria scelta indipendente e libera è qualcosa che genera solitamente vergogna, un senso di indegnità. Questo aspetto è particolarmente complicato in terapia perché si insinua in modo subdolo, generando stati depressivi, sintomi somatici, il riemergere di immagini di sé messe da parte e di schemi di pensiero ampiamente elaborati. È come se l'intero sistema della persona si ribellasse all'idea di poter essere felice di ciò che si sta facendo e ottenendo.

Alla luce di queste dinamiche di sviluppo, dunque, ciò che resta da fare è adeguarsi, seguire ciò che viene detto, diventare come l'altro ci vede, e farlo diventare la propria pelle. "Mi hanno sempre detto che ero effeminato, che non potevo giocare con i maschi, e che avevo i fianchi troppo stretti, e non mi sono mai chiesto veramente se mi piacessero i maschi o le femmine, semplicemente sapevo

che le femmine non andavano bene per me, non potevo pensare di avere a che fare con loro”. In questo estratto di un altro paziente emerge con chiarezza quanto scritto finora. La descrizione di sé imposta dall'esterno plasma e definisce l'identità della persona non lasciando spazio ad altre interpretazioni. “Tu sei effeminato, non puoi stare nel mondo dei maschi”. Questo paziente non si pone mai la domanda se le cose stiano realmente così. Non posso stare nel mondo dei maschi, non mi possono piacere le femmine, mi piacciono i maschi. Arriva in terapia con il dubbio che questo sia vero e con il desiderio di esplorare la sua sessualità anche nel rapporto con le donne, con tutte le difficoltà fin qui esposte: se ho rapporti con le donne sbaglio perché non è quello che sono, questo desiderio è profondamente sbagliato, disgustoso e comunque non potrà andare bene e sarò umiliato, non potrò mai godere nel fare sesso con una donna.

Compiacenza e identificazione sono gli atteggiamenti che prevalgono nella storia di questi pazienti e che vengono maggiormente utilizzati in terapia. La ribellione non è contemplata se non in rare occasioni e con forti quote autopunitive. Inoltre, ritengo che in alcuni casi, in particolare dove le esperienze traumatiche sono molto intense e dove è presente una compromissione più marcata in termini sintomatologici e di personalità, questi pazienti possano vivere e agire la compiacenza e la ribellione rispetto alle credenze come *l'attivazione di parti distinte del sé, spesso dissociate* (Gazzillo et al, 2019). All'attivarsi dell'una o dell'altra emergono stati emotivi, pensieri intrusivi e agiti molto forti legati ad esperienze traumatiche specifiche. Non essendoci un'identità chiara e definita, cioè mancando quella che si potrebbe definire “parte adulta” o “parte che va avanti con la vita di tutti i giorni” (van der Hart, Nijenhuis e Steele, 2010; Fisher, 2017) con cui dialogare, e che abbia una funzione regolatoria rispetto alle altre parti, il sé di quella persona viene schiacciato da queste modalità inibendo di fatti qualsiasi tipo di esplorazione di nuove possibilità. In particolare, quando i pensieri sono caratterizzati dall'identificazione con il genitore traumatizzante, i tentativi di ribellione alla credenza sono aggrediti con violenza, cosa che genera un profondo senso di vergogna, umiliazione e colpa.

Il lavoro di disconferma delle credenze patogene con questi pazienti è complesso. La compresenza di queste tre credenze, che si rinforzano tra loro, fa sì che al superamento di un test riferito a una credenza ne subentrino immediatamente un altro per mettere alla prova un'altra idea di sé e del mondo. Questo triangolo sopra descritto sembra avere un obiettivo preciso: non puoi essere altro di quello che sei e sei sempre stato, non puoi pensarti altro né meglio. La disconferma delle credenze in questi pazienti ha come obiettivo quello di allargare il campo, di fornire loro un'esperienza emotiva

correttiva dove l'individuarsi, il sentirsi adeguato in questo compito e poterselo godere sia qualcosa di possibile, di apprezzato dall'altro e non una minaccia.

Tuttavia, man mano che si procede in questo lavoro, iniziano a emergere con forza sempre maggiore i temi oggetto di questo articolo. Al superamento dei test relazionali non se ne presentano di nuovi bensì riflessioni esistenziali legate all'angoscia della perdita di un senso di sé coerente per quanto portatore di sofferenza. "Non so chi sono", "Non riesco a immaginarmi", "Non so cosa voglio" sono alcune delle frasi riportate in questi momenti. In questo caso ritengo che la posizione del terapeuta sia piuttosto delicata. Schierarsi per favorire un allontanarsi dal modello genitoriale in una logica di separazione e slealtà, ad esempio, rischierebbe di portare il terapeuta a presentarsi come una nuova figura alla quale ancorarsi, a fornire nuovi modi di stare al mondo che non sono espressione dell'identità del paziente, un'identità che sta avendo, forse per la prima volta, lo spazio di esprimersi e mostrarsi. E facilmente si rischia di incorrere nello stesso errore anche nel tentativo di sostenere l'autostima del paziente o il suo desiderio di essere più felice e realizzato dei genitori. In questo caso, trovo che l'*atteggiamento* sia lo strumento principale da utilizzare e che questo debba favorire l'assetto motivazionale dell'esplorazione (Lichtenberg, 1995; Liotti 2001, 2008). L'obiettivo, penso, dovrebbe essere quello di lasciare spazio al paziente, fidarsi di lui, osservarlo muoversi nel mondo e aiutarlo nelle situazioni che non riesce a decifrare, proteggerlo dai pericoli, aiutarlo a rialzarsi quando cade. Il terapeuta dovrebbe assumere il ruolo di un genitore che osserva il proprio figlio muovere i primi passi. Senza paura, regolato nelle proprie emozioni, con fiducia nelle abilità e capacità dell'altro, sostenendo l'esplorazione e offrendo un porto sicuro nel quale poter tornare. Un'immagine che trovo esemplificativa è quella del Circolo della Sicurezza (Powell, Cooper, Hoffman e Marvin, 2016). In questo protocollo di intervento per la genitorialità viene utilizzata un'immagine molto potente che riguarda proprio le fasi dell'esplorazione. Lungo la linea di un cerchio si trovano in alto due mani dalle quali il bambino può partire. Sono mani che sostengono l'esplorazione, che guardano, ammirano, tengono d'occhio. Sono la base sicura dalla quale partire. Dove si chiude il cerchio ci sono altre due mani: queste accolgono, si rendono porto nel quale tornare e poter portare ciò che si è visto, ciò che si è fatto per dare un senso, per comprendere, per regolare, per accogliere. Tra queste due coppie di mani c'è un bambino che parte, esplora, che ha bisogno che il genitore sostenga questo suo bisogno fondamentale e che si renda disponibile qualora ne avesse bisogno.

Ecco dunque che, se ragioniamo in termini di atteggiamento regolato da motivazioni, penso che quello orientato all'esplorazione potrebbe favorire un assetto ottimale nel clinico. In questi pazienti,

il bisogno di esplorare, articolare e comprendere chi si è e cosa si vuole è sempre stata attaccato, non riconosciuto, umiliato. Non hanno dentro di sé l'immagine di un altro che li accompagna in questo processo fondamentale per la definizione della propria identità. Il terapeuta dovrebbe quindi tenere a mente questi aspetti e favorire l'esplorazione, la curiosità verso sé stessi e gli altri e il mondo. Approfondire ciò che piace e non piace, ciò che si vuole e non si vuole fare. Andare avanti anche per tentativi ed errori, senza giudicare, riconoscendo le cadute e aiutando a curare là dove ci si è feriti. Questo nell'ottica di arrivare al punto in cui questa esplorazione il paziente la voglia continuare da solo. Nasce come desiderio autentico: "Voglio provare a vedere se riesco a muovermi da sola, se riesco a proseguire per conto mio e a fare da sola quello che stiamo facendo qui" mi dice ad un certo punto la paziente con la quale ho aperto questo articolo. Di lì a poco, avremmo terminato la terapia.

Nella nostra ultima seduta, dopo un periodo di tre mesi senza esserci visti, alla mia domanda su come andassero le cose mi risponde: "pensavo di trovare delle conferme che io fossi un fallimento totale. Mi sto scoprendo positivamente, comincio ad apprezzare parti di me che prima non vedevo e non conoscevo. È tanta roba per me, mi vedo e basta." Alla mia domanda cosa le avesse lasciato la terapia e cosa si portasse a casa, tra le varie cose mi dice: "i pensieri della mia famiglia erano indivisibili rispetto ai miei, pensavo fossero miei e invece no. È stato fondamentale distinguere e ora ho iniziato a riconoscere cosa voglio fare io". In questi ultimi passaggi "apprezzare parti di me che prima non vedevo e non conoscevo", "mi vedo e basta" e "ho iniziato a riconoscere cosa voglio fare io" trovo che si riconosca l'essenza di quanto scritto sino a ora: al di là delle credenze, la possibilità di esplorarsi e incuriosirsi di sé stessi alla ricerca di un'identità autentica e propria.

BIBLIOGRAFIA

- Fimiani, R., Gazzillo, F., Dazzi, N., & Bush, M. (2021). Survivor Guilt: Theoretical, Empirical, and Clinical Features. *International Forum of Psychoanalysis*, 31(3), 176–90. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2021.1941246>.
- Fisher, J. (2017). *Guarire la frammentazione del sé: come integrare le parti di sé dissociate dal trauma psicologico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Gazzillo, F. (2021). *Fidarsi dei pazienti. Nuova Edizione*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Gazzillo, F., Dazzi, N., De Luca, E., Rodomonti, M., & Silberschatz, G. (2019). Attachment Disorganization and Severe Psychopathology: A Possible Dialogue between Attachment Theory and Control-Mastery Theory. *Psychoanalytic Psychology*, 37(3), 173–84. <https://doi.org/10.1037/pap0000260>.
- Gazzillo, F. & Kealy, D. (2025). Self-Hate: Theoretical, Clinical, and Empirical Features. *International Forum of Psychoanalysis*, 1–13. <https://doi.org/10.1080/0803706X.2025.2545298>.
- Lichtenberg, J. D. (1995). *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza: psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionistica*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Liotti, G., Monticelli, F. (a cura di) (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico: il manuale AIMIT*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, K. & Marvin, B. (2016). *Il circolo della sicurezza. Sostenere l'attaccamento nelle prime relazioni genitore-bambino*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Van der Hart, Onno, et al. (2011). *Fantasmî nel sé: trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Raffaello Cortina Editore