

Il concetto di falso Sé dal punto di vista della CMT

Eleonora Fiorenza

Le riflessioni che presento si collocano nella scia di un precedente lavoro, in cui era stato posto un quesito rispetto a questo tipo di fenomeni. In particolare, mi riferisco a quelle circostanze, che si verificano in terapia, in cui “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” (Bruno, 2025).

I concetti di vero Sé e Falso Sé, introdotti da Winnicott (vedi, ad esempio, Winnicott, 1965), offrono spunti, a mio avviso, rilevanti per comprendere quei pazienti che, in seguito a un lavoro terapeutico volto a disconfermare le loro credenze patogene e al raggiungimento di obiettivi sani attraverso il superamento dei test, riferiscono di sentirsi vuoti, “dissociati”, lontani dal mondo e dagli altri, persi, confusi o, più genericamente, “in crisi”.

Da una prospettiva psicoanalitica, il vero Sé rappresenta il costrutto ipotetico alla base della sensazione di essere sé stessi, di essere autentici, spontanei e creativi, e il suo sviluppo è reso possibile dalla presenza di un ambiente facilitante che, nell’infanzia, è in grado di favorire la continuità del senso di esistere del bambino, il suo abitare il corpo, il suo essere sé stesso e al tempo stesso in relazione con l’ambiente (Winnicott, 1965). Tale ambiente facilitante consente il passaggio da una dipendenza assoluta a una dipendenza relativa, accompagnando gradualmente il bambino nel processo di separazione dalla madre e di acquisizione dell’autonomia. Quando tutto ciò viene meno e i genitori non rispondono in modo adeguato, empatico e contingente ai suoi bisogni, la situazione si complica. Il bambino, infatti, nel tentativo di proteggere il legame con i caregiver, impara precocemente a adattarsi, modificando e distortendo i propri bisogni, desideri, comportamenti e atteggiamenti per adeguarsi alle aspettative altrui.

Una certa quota di falso Sé è sana e presente in ciascuno di noi: è ciò che permette, ad esempio, di adattarsi a contesti sociali differenti o di modulare la propria immagine quando

si desidera fare una buona impressione, mostrando il proprio “lato migliore”. Durante l’adolescenza – fase privilegiata per l’esplorazione e la definizione dell’identità – è fisiologico sperimentare diversi “sé” in differenti contesti. Con il progredire dello sviluppo e in presenza di un ambiente sufficientemente sicuro, l’adolescente inizia progressivamente a lasciar emergere di più il proprio vero Sé, senza percepirlo come una minaccia per sé o per i legami significativi; comincia cioè ad affermare e mostrare un’identità progressivamente più coerente e strutturata. Secondo Winnicott, la linea di demarcazione tra Falso Sé adattivo e Falso Sé patologico si colloca in tutte quelle situazioni in cui il vero Sé viene oscurato, schiacciato o, talvolta, annullato, dando origine a vissuti di alienazione e inautenticità.

Trovo utile tentare di mettere in dialogo il modello winnicottiano con il modo in cui i pazienti si relazionano alle proprie credenze patogene. In generale, perché possano emergere parti autentiche di sé, è necessario che la persona percepisca un ambiente relazionale sufficientemente sicuro. Secondo la Control-Mastery Theory, questo significa che il bambino (così come l’adolescente o l’adulto) possa perseguire obiettivi sani e realistici senza sentire che ciò implichi un danno per sé, una minaccia per il benessere altrui o un rischio per il legame con le figure significative. Dal punto di vista terapeutico, il paziente mette alla prova, spesso in modo inconscio, le proprie credenze patogene nella relazione con il clinico, nella speranza che vengano disconfermate (Gazzillo, 2021; Weiss, 1993).

Tradotto in termini winnicottiani, un bambino che cresce in un ambiente empatico, sintonizzato e contingente rispetto ai suoi bisogni sviluppa un senso di sicurezza che favorisce l’espressione autentica dei suoi bisogni, desideri, emozioni e modi di essere, in linea con il suo vero Sé. Al contrario, quando il bambino (e successivamente l’adolescente) vive in un ambiente traumatico, in cui il suo senso di sicurezza è costantemente minacciato, può sviluppare credenze patogene e sensi di colpa interpersonali. Con “minaccia al senso di sicurezza” possiamo intendere tutte quelle situazioni in cui, in modo acuto o sistematico, i caregiver fanno sentire al bambino che il raggiungimento di un obiettivo sano per lui è

fonte di sofferenza per loro, è sbagliato, pericoloso, o in cui il suo valore viene sistematicamente invalidato.

Ad esempio, un ragazzo che percepisce l'angoscia della madre ogni volta che esce di casa per incontrare gli amici può arrivare a credere che separarsi da lei o esplorare in autonomia sia pericoloso. Per proteggere il legame e il benessere materno potrebbe agire in modo compiacente rispetto alla credenza patogena, inibendo qualsiasi forma di autonomia o separazione: potrà diventare il classico "mammone", chiuso in casa, inibito nelle relazioni, sviluppare ansia, attacchi di panico o difficoltà nel prendere decisioni, come ad esempio conseguire la patente. Un ragazzo che non ha mai potuto sperimentarsi nel mondo farà fatica a comprendere che cosa desidera davvero, perché sarà costantemente orientato a soddisfare le aspettative degli altri. In altri termini, svilupperà un Falso Sé, un senso di inautenticità, di vuoto e di dover "fare le cose perché deve", senza coinvolgimento reale.

È ciò che è accaduto a un mio paziente che, al momento di scegliere l'indirizzo universitario, è entrato in crisi perché non sapeva cosa volesse davvero. Si sentiva perso, privo di desideri autentici, ed è scivolato in uno stato depressivo che lo ha portato, senza reale convinzione, a scegliere la facoltà che la madre riteneva più adatta e "utile". In questo caso, il senso di inautenticità e di vuoto rappresentava una compiacenza alla credenza patogena secondo cui, se avesse scelto in base ai propri desideri senza tenere conto delle aspettative dei genitori, li avrebbe delusi e feriti. Nel corso della terapia, lavorando su questi vissuti, il paziente ha iniziato a sperimentare un maggiore senso di autoefficacia, è riuscito a fidanzarsi, a trovare un lavoro e a cercare un appartamento in affitto per andare a vivere da solo. Sembrava che stesse progressivamente padroneggiando la sua credenza patogena, riuscendo a compiere scelte autonome. Tuttavia, parallelamente a questi progressi, e mentre lui stesso riferiva di sentirsi meglio, hanno iniziato a emergere dubbi sulla relazione, sul lavoro scelto e sulla direzione della sua vita; riportava una persistente sensazione di insoddisfazione, fino a esprimere una frase che mi colpì molto: *"Adesso che ho capito perché mi sento in questo modo quando devo prendere delle decisioni, mi sento più in controllo di me stesso e meno uno stupido. Ma la verità è che continuo a non sapere cosa voglio. Vado a tentoni, provo, a volte ci rimango"*

male, ma è come se non mi sentissi mai completo”. A posteriori, è come se questo ragazzo si fosse identificato così tanto con il ruolo del “bambinone incapace” che, una volta messa in discussione questa immagine e aperta la possibilità di autodeterminarsi, si fosse trovato improvvisamente svuotato.

Un'altra situazione significativa riguarda una ragazza che, durante la pubertà, è stata costantemente invalidata dalla madre, la quale le ripeteva di essere brutta, di avere un naso troppo grande e di non poter piacere a nessuno. Considerando quanto sia importante, in adolescenza, integrare e accettare un corpo sessuato che cambia, è facile comprendere quanto un simile ambiente invalidante possa essere traumatico, generando sentimenti di inadeguatezza e di mancanza di valore personale. Una mia paziente con una storia simile aveva interiorizzato l'idea di essere “sbagliata”, “ripugnante”, “difettosa”. Dal punto di vista winnicottiano, il suo vero Sé corporeo era stato sistematicamente invalidato da un ambiente abusante e, di conseguenza, lei aveva imparato a nascondere. Nel tentativo di ribellarsi alla credenza di essere inadeguata, tendeva a presentarsi in modo arrogante e provocatorio, ostentando una sicurezza che appariva evidentemente artificiale, nella quale nemmeno lei si riconosceva davvero. La paura di mostrarsi autentica era però troppo grande e il Falso Sé aveva preso il sopravvento; la paziente riportava spesso la sensazione di sentirsi finta, non reale, talvolta dissociata da sé.

Parallelamente, soprattutto all'inizio della terapia, metteva inconsciamente alla prova la credenza di “non andare bene” presentandosi trascurata, con i capelli sporchi e un cattivo odore, agendo così in compiacenza con i messaggi materni svalutanti. Lavorando in terapia, ha iniziato gradualmente a prendersi cura di sé: ha cominciato a vestirsi secondo il proprio gusto, a truccarsi, a sperimentare nuovi look. Tuttavia, proprio quando i segnali di miglioramento diventavano più evidenti, ha iniziato a portare in seduta temi legati al “non sapere chi è”, al sentirsi vuota, come se ciò che aveva sempre considerato bello o interessante non le appartenesse davvero. Ripeteva spesso di sentirsi “un foglio bianco”, come se l'identità sviluppata in compiacenza con gli aspetti traumatici della sua storia – l'essere la “figlia traumatizzata di una madre pazza” – fosse stata fino a quel momento

l'unica base identitaria. In questa prospettiva, il Falso Sé aveva completamente occupato il posto del vero Sé che, nel momento in cui tentava di emergere, appariva fragile e impoverito.

Un altro caso riguarda un ragazzo che, dopo la separazione dei genitori, ha dovuto occuparsi fin da piccolo del padre gravemente malato. Ogni volta che desiderava trascorrere del tempo con gli amici, si sentiva profondamente in colpa, convinto di anteporre i propri bisogni a quelli del padre, che talvolta lo accusava di essere egoista. Questo paziente aveva sviluppato un marcato senso di colpa da responsabilità onnipotente, ovvero l'idea di dover e poter garantire la felicità degli altri. Anche in terapia tendeva a preoccuparsi per il mio benessere, chiedendomi se fossi stanca o se avessi passato un buon weekend, riproponendo la stessa dinamica di iper-responsabilità allo stato dell'altro vissuta con il padre. Per adattarsi a un ambiente non empatico e poco rispettoso dei suoi bisogni, aveva sviluppato un Falso Sé "salvifico", in cui doveva essere il "superuomo" che si prende cura di tutti, ed era l'unico modo in cui era in grado di stare nelle relazioni – e, di conseguenza, gli altri si aspettavano da lui che si comportasse sempre così. Questo, tuttavia, lo faceva sentire profondamente solo e depresso. Nel tempo, lavorando su questi aspetti, è riuscito a porre dei limiti più funzionali agli altri, concedendosi momenti di svago senza sentirsi sopraffatto dalla colpa. Nonostante ciò, una volta raggiunti questi obiettivi, ha iniziato a portare in terapia il tema del sentirsi "svuotato", in bilico, incapace di provare una piena soddisfazione, pur riconoscendo i propri miglioramenti. Anche in questo caso, in una lettura winnicottiana, il Falso Sé aveva esercitato così a lungo una funzione predominante da soffocare il vero Sé che, pur avendo ora le condizioni per emergere, appariva disorientato.

In conclusione, lo sviluppo di un Falso Sé – in ottica CMT – può essere compreso come il tentativo del bambino, e poi dell'adolescente, di adattarsi a un ambiente traumatico nel tentativo di preservare i legami significativi, anche a costo di inibire o distorcere i propri naturali processi di sviluppo. Il prezzo di questa strategia è elevato: le persone finiscono per identificarsi a tal punto con i ruoli, le aspettative e le immagini di sé provenienti

dall'esterno, o con i genitori traumatizzanti, da perdere contatto con i propri aspetti più genuini e autentici, vissuti come pericolosi, inaccessibili o, nei casi più estremi, del tutto sconosciuti. Quando, attraverso il lavoro terapeutico, alcune di queste credenze patogene vengono disconfermate e si osservano cambiamenti positivi, può emergere un senso di smarrimento profondo: non sapere più chi si è, non riconoscersi al di fuori dei vecchi copioni (Santodoro et al., 2025).

In questo passaggio, il compito della terapia diventa quello di sostenere l'esplorazione delle parti di sé rimaste nascoste e schiacciate, favorendo esperienze nuove e più autentiche, in cui la persona possa progressivamente riconoscersi e sentirsi reale – riportando, in altre parole, a galla il vero Sé. Se questo quadro appare coerente sul piano teorico, è altrettanto vero che tale processo rappresenta una sfida complessa per la coppia terapeutica e, a mio avviso, è un tema che merita di essere ulteriormente approfondito e discusso.

In questa fase del processo terapeutico, in cui il paziente inizia gradualmente a contattare e sperimentare la possibilità di esprimere aspetti più autentici di sé, il terapeuta non deve solo disconfermare le credenze patogene e superare i test, ma anche sostenere il nuovo senso di libertà che ne deriva e accompagna con attenzione l'emergere di sentimenti, desideri e interessi. Questi nuovi aspetti del sé, infatti, sono ancora fragili, instabili, privi di forma definita; allo stesso tempo, questo processo di scoperta di sé rischia di essere accompagnato dall'emergere di sentimenti di colpa e autopunizione, residui connessi a quei legami traumatici che hanno originato le credenze patogene. Il fatto stesso di costruire una identità più genuina, libera e coerente, infatti, che può rappresentare un obiettivo sano ed evolutivo, è di per sé un tentativo inconscio di ribellarsi alle credenze patogene e come ogni ribellione porta con sé quote autopunitive. Per il paziente, infatti, provare piacere, curiosità o desiderio autentico può significare – inconsciamente- tradire vecchi copioni, deludere le aspettative delle figure genitoriali, o tradirli, umiliarli, metterli in discussione. Il rischio, quindi, diventa che la colpa possa ostacolare tale processo. Da questo punto di vista, il terapeuta deve mantenere una posizione di equilibrio complessa: accogliere e legittimare i nuovi sentimenti, desideri, slanci, senza però “investirli” troppo, cioè senza darne

un'eccessiva conferma o attribuirvi un valore che il paziente potrebbe sentire come prescrittivo, o come un nuovo ideale da raggiungere, e senza diventare per lui un altro genitore da compiacere e da non deludere. È il paziente, infatti, che deve farsi agente attivo di questa scoperta graduale di sé, imparando a tollerare e “stare con” quei sentimenti di colpa o vergogna che potrebbero emergere. L'obiettivo infatti è che il paziente possa gradualmente sperimentare un'esperienza di sé più autentica, vitale, meno mediata dalla paura e dalla colpa connessa alle sue credenze patogene. Il terapeuta, quindi, oltre a continuare a disconfermare le credenze patogene, dovrà proteggere il paziente da eccessi autopunitivi, accompagnarlo senza tracciare il percorso e aiutarlo a tollerare la libertà che deriva dall'essere più autentico e, in altre parole, liberarlo dal suo Falso Sé.

Chiara è una giovane ragazza di appena vent'anni quando arriva da me chiedendo una terapia. Le motivazioni che l'hanno spinta a intraprendere un percorso riguardano il bisogno di sentirsi meritevole di attenzioni senza dover apparire eccessivamente “malata” o “pazza”; il desiderio di essere più spontanea nell'esprimere ciò che prova, di ridurre i sintomi ossessivi, di riuscire a sostenere gli esami universitari, di vivere una relazione sentimentale soddisfacente e, più in generale, di tollerare l'impossibilità di controllare tutto, potendo sbagliare senza sentirsi svalutata. Dai primi incontri emerge che Chiara è cresciuta con una madre sola, segnata dal tradimento del padre. Questo evento aveva generato nella madre una forte depressione, e Chiara, fin da piccola, ha sempre sentito di dover mettere da parte i propri bisogni per non darle ulteriori problemi. Ogni volta che stava male, la madre tendeva a minimizzare dicendole che non aveva nulla; oppure, quando Chiara era in preda a forti crisi di pianto, doveva trattenersi o nascondersi, perché la madre le diceva di non riuscire a vederla piangere: la faceva soffrire troppo. A partire da questi vissuti traumatici, Chiara ha iniziato a sviluppare l'idea che, se esprime i suoi bisogni, la madre ne risulterà appesantita; e che l'unico modo per attirare attenzione sia esagerare i sintomi, per paura di non essere creduta. Più in generale, è cresciuta con la convinzione di non essere importante per una madre troppo assorbita dalla rabbia per la fine della relazione con il padre, e dunque di non essere degna di cure e attenzioni. Spesso si è sentita “sbagliata”,

come se il suo stare male non fosse tollerabile per la madre ma rappresentasse solo un'ulteriore fonte di dolore. Di fatto, Chiara si è trovata a svolgere la funzione di regolare le emozioni materne, salvo poi sentirsi ripetere dalla madre che non le voleva bene, che era cattiva e che, con lei vicino, finiva per stare solo peggio perché non diceva mai la “cosa giusta” per consolarla. Questo l'ha portata in un loop di confusione e impotenza, in cui finiva per pensare di essere la causa di tutta la sofferenza familiare (sensi di colpa da burdening/odio di sé). Questa sensazione si intensificava anche nel rapporto con il padre. Prima della separazione, Chiara ha sempre visto i genitori litigare molto e, durante queste discussioni, l'oggetto del conflitto era spesso i figli: non erano d'accordo su come gestirli, educarli e crescerli. In seduta, Chiara mi racconta che, intorno agli otto anni, ascoltando quei litigi, le capitava talvolta di pensare che, se fosse morta, i genitori non avrebbero più litigato e sarebbero stati bene. Questo ha alimentato ulteriormente in lei l'idea di essere una fonte di malessere e di problemi per le persone importanti. Ancora prima della separazione ufficiale, la madre parlava spesso male del padre. Per questo Chiara si è sentita in dovere di proteggerla e sostenerla, arrivando a odiare il padre. Vedendo la madre così infelice, e sentendo che aveva sacrificato tutto, compresa la sua carriera, per crescere i figli da sola, Chiara avvertiva di non potersi meritare una relazione o una vita più felice di quella della madre (senso di colpa del sopravvissuto).

In una prima fase della terapia, Chiara mi testava molto nel transfert per ribellione sul burdening, arrivando in seduta e parlando per cinquanta minuti filati, come se qualsiasi mio intervento le “togliesse tempo” rispetto a ciò che aveva da dire – generalmente una lista di sintomi e diagnosi. Allo stesso tempo, come succede spesso nei casi più gravi, mi testava anche nel transfert per compiacenza sull'odio di sé e sul sopravvissuto, mostrandosi fragile, malata, piena di problemi, identificandosi con la fragilità della madre. In quel periodo, per me era complesso disconfermarle contemporaneamente l'idea che potesse permettersi di esprimere ciò che provava – piangere, disperarsi, stare male – senza che io mi turbassi o mi mostrassi appesantita, e al contempo restituirla che lei non era i problemi che portava; che poteva dare voce anche ai propri aspetti positivi e mettere in campo le risorse che io

vedevo chiaramente. Chiara, infatti, è una ragazza empatica con gli amici, con molte relazioni sociali, impegnata in politica. Dopo poco più di un anno di terapia, Chiara aveva ripreso a studiare con regolarità, aveva cambiato casa andando a convivere con una sua amica nel quartiere che desiderava, si era fidanzata due volte, aveva cambiato lavoro scegliendone uno più in linea con i suoi interessi; i sintomi ossessivi e di controllo erano andati in remissione. Era riuscita anche a mettere distanza emotiva dalla madre e a non lasciarsi turbare troppo dalle telefonate con lei. Sembrava che, gradualmente, stesse raggiungendo i suoi obiettivi. Con il padre continuavano a non esserci contatti. Tuttavia, sentivo ancora che Chiara non riusciva del tutto a essere spontanea nel modo di parlare: aveva una certa rigidità nell'eloquio e nella postura, e tendeva a esagerare i propri stati emotivi, soprattutto quelli dolorosi, sebbene avesse iniziato a descriversi come una persona degna d'affetto e d'amore, in generale valida. Come atteggiamento terapeutico, con lei ho sempre cercato di essere rilassata, a mio agio, poco aderente al "ruolo" formale, sperando che potesse sentire di poter fare lo stesso. Tuttavia, questo sembrava non sortire un grande effetto. Nelle ultime sedute parlava quasi sempre dei suoi dubbi sulla scelta della laurea magistrale, portandomi ogni volta un'idea diversa, apparendo convinta di una scelta per poi, la seduta successiva, portare tutt'altro progetto, verso il quale sembrava altrettanto convinta; altre volte mi diceva con decisione di non voler continuare gli studi. Dentro di me cresceva una certa irritazione, perché mi sembrava che stesse facendo di tutto per non scegliere, mostrandomi la sua parte più indecisa. Credendo fosse un test di transfert per ribellione sul burdening/odio di sé – anche perché mi portava i programmi di tutti i corsi che aveva ipotizzato, costringendomi a leggerli – ma anche un test di transfert per compiacenza sul sopravvissuto – devo rinunciare alla mia carriera come mia madre - cercavo di sostenerla senza essere direttiva, per non farle sentire che mi aspettassi una decisione a tutti i costi o secondo i miei tempi. Durante una seduta, rivelatasi particolarmente intensa, nel tentativo di proteggerla da quelli che consideravo aspetti autopunitivi della ribellione sul burdening/odio di sé, e per superare anche la compiacenza sul sopravvissuto, le restituisco ciò che pensavo: che fosse legittimo avere tutti quei dubbi e

voler esplorare bene ogni possibilità per fare una scelta consapevole; che qualunque decisione avrebbe preso sarebbe stata in grado di sostenerla; ma che, se non avesse deciso a breve, avrebbe rischiato di non fare in tempo, perdendo l'ingresso al primo semestre. Seguì un lungo silenzio. Poi mi rispose: *“pensi che io questo non lo sappia? Pensi che se io avessi avuto idea di cosa cazzo fare te ne starei parlando? Io non so nemmeno perché ho scelto giurisprudenza, non so nemmeno se mi piace o se mi sono autoconvinta di questo perché ormai l'avevo iniziata e non potevo lasciarla, sarebbe stato un fallimento. Io sono venuta a Roma per studiare, o almeno questa è stata la scusa, ma io me ne volevo andare da Padova, da casa di mia madre, quindi io adesso che cazzo ne so se è quello che davvero volevo fare o era solo una fuga! Io non mi sono mai chiesta cosa fossi, chi fossi. Anche se scegliessi la magistrale, ma io non so nemmeno se la voglio fare, una parte di me pensa che l'università l'ho scelta solo per andarmene. Io sono felice a lavorare, mi sono rotta le palle di studiare, però poi penso che invece andare ai convegni mi piace, la vita universitaria, mi dà anche soddisfazione prendere 30 agli esami. E poi ricambio idea. E poi mi lamento delle scelte che ho cambiato. Mi sono sempre identificata con cose di altri, modi di vestire, di essere, di parlare, quello mi ha permesso di costruire qualcosa ma è posticcio, mi trovo a pensare che nulla mi appartenga davvero. Non sono spontanea, non sono autentica, o meglio fingo di esserlo ma non mi ci sento. Ho iniziato dei percorsi, li ho conclusi, vedi la triennale sì, ma non perché fosse un progetto che so curare e portare avanti, anche perché vedi il primo anno che avevo scelto biologia convinta che avrei fatto quello e sai perché? Perché alle medie andavo bene in scienze e mamma mi chiamava 'scienziata'. Io cerco dagli altri chi sono, nei rapporti cambio vestiti a seconda di chi ho davanti, perché sono un manichino nudo a cui puoi mettere quello che ti piace di più e io poi penso sì, sono proprio io. A me serve che tu mi aiuti a capire come fare a capire chi sono”*.

Chiara ha sempre percepito di non aver costruito un'identità nel tempo, concedendosi di ascoltare, sperimentare e sentire che ciò che era e faceva “le appartenesse davvero”. Durante questa seduta mi descrive la sua adolescenza come tendenzialmente isolata, con pochi scambi – pur desiderati – con i pari, e con la sensazione di “assorbire” passioni, modi di essere e caratteristiche dalle persone che le stavano intorno. Ciò che mi colpisce è che non aspirava tanto a modelli che le piacevano, quanto assorbiva totalmente passioni e caratteristiche altrui, facendole proprie senza un vero processo di assimilazione personale:

se ne autoconvinceva, se ne appassionava, poi si annoiava e passava oltre. Questo accadeva soprattutto quando si invaghiva di qualcuno: tutto ciò che piaceva a quel ragazzo – film, libri, stile, attività, anche comportamenti disfunzionali come ubriacarsi – diventava automaticamente anche suo, e lei si identificava con questo. Tale dinamica si è mantenuta invariata anche da adulta. A casa, d'altronde, Chiara non ha mai fatto esperienza di un adulto capace di vederla per ciò che era, come persona separata, con valore intrinseco e caratteristiche proprie. È sempre stata una “funzione” per la madre, oltre che frequentemente invalidata e svalutata. La sensazione che Chiara ora riporta, come le rimando anche io, è che sia riuscita a dis-identificarsi dagli aspetti traumatici del passato – la Chiara pazza, malata, piegata agli umori materni, intrinsecamente sbagliata – e che ora, liberandosi progressivamente da quell'identità, senta emergere il vuoto. Identificarsi con quell'identità traumatica, per quanto doloroso, le aveva comunque dato la percezione di averne una. Ora che la sta abbandonando, si affaccia un senso di mancanza. Quello che Chiara mi ha chiesto – in modo esplicito – è di aiutarla a conoscersi, ad accompagnarla nel processo di esplorazione del suo vero sé, che le è sempre stato negato o che, forse, non è mai esistito. Dopo una lunga fase di disconferma delle credenze patogene, si apre quindi una nuova fase della terapia, complessa, in cui il mio ruolo sarà quello di sostenerla nello scoprirsi, rispettando i suoi tempi, accogliendo la curiosità e riflettendo insieme sui tentativi e sui vissuti che emergeranno.

Guardandola oggi, vedo Chiara affacciarsi a qualcosa che non ha mai avuto: la possibilità di sentirsi reale, legittimata, viva nelle proprie preferenze, nei propri desideri, nei propri limiti. Non è un cammino semplice, e non lo sarà neppure nei prossimi passi, ma, forse, è finalmente un cammino suo.

Bibliografia

- Bruno, E., (2025), *L'esplorazione del sè al di là delle credenze*, Control-Mastery Theory-IG.
<https://www.cmt-ig.org/papers/lesplorazione-del-se-al-di-la-delle-credenze>
- Gazzillo, F. (2021), *Fidarsi dei pazienti*, Cortina Editore.
- Santodoro, M., Fiorenza, E., Mannocchi, C., & Gazzillo, F. (2025). Sense of emptiness: The role of adverse childhood experiences, preoccupied attachment, self-hate, and burdening guilt. *Scandinavian Journal of Psychology*, sjop.70019.
<https://doi.org/10.1111/sjop.70019>
- Weiss, J. (1993), *Come funziona la psicoterapia*, Bollati Boringhieri.
- Winnicott, D. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*, Arnold Editore.