

## Atteggiamento del terapeuta ed esperienze emotive correttive

Cynthia J. Shilkret, Ph.D.

Presentato alla Conferenza Annuale sulla Control-Mastery Theory - San Francisco, Marzo 2020

(Traduzione di Francesco Gazzillo)

Molti tipi di terapia che hanno una componente relazione sottolineano l'importanza della relazione terapeutica come, in parte, esperienza emotiva correttiva. Questo è sicuramente vero per la Control-Mastery Theory (CMT). La relazione che si sviluppa tra paziente e terapeuta amplia la comprensione del paziente di ciò che è possibile in una relazione e in questo modo “corregge” la visione precedente del paziente, patologicamente ristretta, di ciò che gli è permesso. Per utilizzare questa nuova relazione i pazienti devono sentirsi sufficientemente al sicuro da permettersi di partecipare alla, e di fare pienamente esperienza della, relazione terapeutica. Per questo motivo, sentirsi al sicuro nella relazione terapeutica è importante affinché il paziente faccia un'esperienza emotiva correttiva. Queste condizioni di sicurezza possono essere create in vari modi. Dalla prospettiva della CMT, la comprensione che il terapeuta ha del piano inconscio del paziente, che include i test che il paziente farà e le interpretazioni di cui ha bisogno, è un elemento molto importante. Un aspetto ulteriore utile a creare queste condizioni di sicurezza è l'atteggiamento del terapeuta, che permette al paziente di sentire che “se il mio terapeuta non è preoccupato (o spaventato, o arrabbiato ecc.), allora forse non devo esserlo neanche io”.

Nel passare in rassegna le pubblicazioni CMT che si sono focalizzate sull'atteggiamento del terapeuta, mi sono resa conto del fatto che i casi clinici pubblicati discutono il senso di sicurezza associandolo alla mancanza di interpretazioni. Per esempio, nel capitolo di Joseph Weiss (2005) “Safety” del libro *Transformative Relationships*, Weiss fornisce tre esempi di terapie fatte in assenza di interpretazioni, e in ognuno di questi casi i pazienti sono stati aiutati da Weiss in modo significativo per mezzo del solo atteggiamento. Il primo caso è quello di Samir, il venditore di computer che non voleva parlare dei suoi problemi. Weiss aveva deciso di mantenere un atteggiamento rilassato e amichevole, e Samir era migliorato senza neppure discutere del fatto

(ipotizzato da Weiss) che si sentiva tormentato dai suoi genitori che si intromettevano nella sua vita. In modo simile, Weiss discute poi di un paziente adolescente che si era sentito al sicuro in terapia perché Weiss aveva iniziato a insegnargli la matematica anziché interpretare. Un terzo paziente voleva avere il controllo della terapia pagando le sedute in anticipo, andando o no in seduta, e decidendo su che tipo di problemi dovessero lavorare, cosa su cui Weiss aveva concordato. Anche il mio paper, “Endangered by interpretations” (Shilkret, 2006) fornisce esempi di pazienti che non potevano sopportare le interpretazioni, ragion per cui io ne avevo fatte molto poche. Tutti questi casi hanno contribuito all’idea che per far sentire al sicuro il paziente il terapeuta debba dire poco o nulla sui problemi del paziente. Ma questo non è l’unico modo in cui l’atteggiamento del terapeuta può essere di aiuto al paziente per sentirsi al sicuro. Nella parte successiva di questo lavoro parlerò di due pazienti per i quali l’atteggiamento del terapeuta è stato una parte importante della loro esperienza emotiva correttiva. La prima paziente è stata aiutata da un mio cambiamento di atteggiamento e da alcune interpretazioni tempestive. La seconda paziente, invece, ha avuto bisogno di atteggiamento che implicasse un’interazione molto più attiva per sentirsi sufficientemente al sicuro e utilizzare la relazione terapeutica come esperienza emotiva correttiva.

### Marie

Marie era una donna di mezza età, sposata e professionista di successo, che aveva iniziato la terapia perché voleva liberarsi dall’angoscia e da una preoccupazione costante per tutti e tutto. Si aspettava sempre che dovesse accadere un disastro e credeva che nessuno fosse in grado di gestire i problemi come lei. Nel corso di alcuni anni di terapia, Marie era riuscita a capire che questo era dovuto all’incapacità della madre di affrontare i problemi, cosa che l’aveva portata fin da piccola a sentire che doveva sempre stare “sull’allerta” e risolvere qualsiasi problema si presentasse perché non poteva fidarsi del fatto che la madre avrebbe risolto, o almeno notato, i propri problemi.

Comprendendosi sempre meglio, Marie aveva iniziato lentamente a rilassarsi e a essere meno perfezionista. Ma poi suo marito aveva subito un grave incidente che lo aveva privato della capacità di camminare. I dottori gli avevano assicurato che sarebbe tornato a camminare, ma avrebbe avuto

bisogno di molta fisioterapia. Il marito di Marie si era depresso, si lamentava del fatto che non era sicuro che la fisioterapia lo avrebbe aiutato e pensava che non sarebbe più stato in grado di camminare normalmente. Portava avanti questa terapia, ma non così spesso come Marie pensava che dovesse fare.

Marie era devastata. Dopo anni di lavoro in cui era meno preoccupata per tutti, adesso si sentiva costretta a preoccuparsi di più del marito. Sapeva che se fosse stata al posto suo avrebbe fatto la fisioterapia in modo molto più intenso e costante. E aveva iniziato a tormentarlo senza posa per convincerlo a fare più spesso gli esercizi. Il marito si era sentito attaccato da lei e aveva iniziato a rifiutarsi di fare di più di quello che già stava facendo. La loro relazione era diventata sempre più tesa.

Capivo molto bene Marie. Doveva occuparsi di tutte le faccende domestiche perché il marito stava sulla sedia a rotelle e non poteva fare gran che. Prima Marie non vedeva l'ora di andare in pensione e viaggiare, adesso sentiva che nel suo futuro non ci sarebbe stato null'altro che prendersi cura del marito e della loro casa. E anche io ero molto teso per la sua situazione. In questo periodo, Marie mi faceva comunicazioni di "coaching" menzionando en passant che il marito stava lavorando con un nuovo fisioterapista e stava seguendo i suoi consigli. Questo fatto mi aveva aiutato a capire che suo marito, in realtà, stava partecipando attivamente alla fisioterapia, anche se non lo faceva così spesso come lei pensava che avrebbe dovuto. Questo mi ha aiutato anche a riconoscere, e a interpretarle, che non c'era nulla che lei o io potessimo fare per fare sì che suo marito si impegnasse di più, e che se anche continuava a stare sulla sedia a rotelle, comunque potevano pensare di viaggiare insieme nel futuro; avrebbero dovuto solo pianificare di più le cose.

Ci stavamo entrambe preoccupando troppo. A quel punto sono riuscita a rilassarmi di più con lei e a essere meno preoccupata per la situazione. E Marie è riuscita a rilassarsi di più con il marito. E senza essere tormentata da lei, il marito ha iniziato a fare più esercizi per conto proprio, cosa che aveva aiutato lei a rilassarsi ulteriormente.

La settimana successiva Marie è tornata in seduta e mi ha raccontato una serie di incubi in cui si sentiva intrappolata, non riusciva a trovare una via di uscita da situazioni pericolose, e non riusciva a scappare da pericoli più vaghi. Le ho interpretato questi sogni come punizioni per il fatto che era più rilassata e non si stava preoccupando troppo. Marie non era certa che questa interpretazione fosse accurata perché non aveva modificato il modo in cui si sentiva. A quel punto ho messo in relazione il suo modo di affrontare la situazione con il marito alla sua lealtà verso la madre, che implicava che la paziente si dovesse prendere cura di lei perché lei non era in grado di prendersi cura di sé. Stava agendo come se suo marito fosse incompetente come la madre, in modo da far sembrare meno patologica la trascuratezza della madre. Se tutte le persone si trascuravano in quel modo, allora il comportamento della madre era “normale”.

L’atteggiamento di Marie è profondamente cambiato. È diventata davvero più rilassata. Ha capito che non poteva curare il marito e che tormentava le persone (perché lo faceva anche con altre persone a lei vicine) per farle cambiare, così che non dovesse più preoccuparsi e sentirsi tanto responsabile per loro. Avevamo lavorato su questi temi anche prima che il marito subisse quell’incidente, ma le problematiche connesse al rapporto con la madre derivavano in gran parte del passato. Discutere della situazione presente è stato un test più potente della mia capacità di mantenere un atteggiamento rilassato al cospetto dei problemi di un'altra persona che erano fuori controllo.

Questo è un esempio chiaro di come l’atteggiamento del terapeuta possa essere di aiuto nel creare le condizioni di sicurezza che rendono possibile ai pazienti di vedere la loro terapia come un’esperienza emotiva correttiva. E differisce dagli esempi pubblicati cui ho accennato in precedenza perché io ho interpretato attivamente sia il significato del suo comportamento attuale sia i nessi tra questo comportamento e i traumi del passato di Marie.

La paziente successiva ha richiesto ancora più attività da parte mia. Non solo ho dovuto sfidare spesso le sue credenze patogene, infatti, ma le ho anche dovuto dimostrare che potevo conservare le mie opinioni al cospetto di opinioni diverse sostenute da “esperti”.

## Susan

Susan era una donna di quasi ottant’anni molto depressa. Insisteva che era “disgustosa”, non molto brillante, grassa e brutta. Era stata in terapia per molti anni, ma di recente lei e il marito si erano trasferiti a vivere dalla figlia per risparmiare e la figlia abitava troppo lontano per proseguire la terapia con il terapeuta precedente. Nel corso dei primi mesi di terapia mi aveva detto quanto si sentisse una persona terribile. E all’inizio non l’avevo sfidata in modo molto attivo (per esempio, mi era chiaro dal modo in cui utilizzava il linguaggio che era una persona piuttosto brillante), ma la lasciavo libera di presentarmi la visione che aveva di se stessa. Ad ogni modo, avevo fatto pochi commenti leggeri su come accusasse se stessa anziché criticare gli altri, cosa che lei aveva negato. Ma poi mi aveva raccontato di come, da adolescente, avesse fatto da modella per un negozio locale di vestiti (anche se continuava a insistere che era grassa e brutta).

Un giorno era tornata sul tema dell’essere stupida. Aveva detto che sapeva che era vero perché conosceva il suo QI. Mi ero chiesta, a quel punto, come facesse a conoscerlo, e lei mi aveva spiegato che il suo terapeuta precedente le aveva mandato il report del suo QI quando aveva deciso di ripulire il suo studio. Lei si era focalizzata in modo particolare sui punteggi di alcune sotto-scale, che erano sotto la media, e li aveva utilizzati come prove della sua stupidità. A quel punto le avevo spiegato, in modo abbastanza dettagliato, come i punteggi di alcune sotto-scale che si basavano sull’attività percettivo-motoria potessero essere abbassati in modo artificiale dalla depressione. Per tutta risposta, Susan si era soffermata sul punteggio basso che aveva ricevuto ai problemi aritmetici. E io le avevo spiegato come quei punteggi potessero essere influenzati dai problemi psicologici, ragion per cui non erano prove di stupidità. Nel corso della seduta successiva, Susan mi aveva detto che dopo la seduta si era sentita bene per alcuni giorni, anche se non sapeva perché. Poi era tornata a lamentarsi, e mi aveva detto che a lei piaceva lamentarsi, cosa che le era stata detta dal terapeuta

precedente. Io avevo messo in discussione anche quest'idea e le avevo detto che era un altro modo per criticare se stessa anziché gli altri, ad esempio i genitori, che la criticavano di continuo ma non avevano mai riconosciuto quanto la maltrattassero. A quel punto lei aveva espresso una piccola critica nei confronti del terapeuta precedente. E io avevo continuato a sottolineare come criticasse se stessa per non criticare gli altri, e lei aveva continuato a sentirsi meglio. E aveva smesso di piangere in seduta.

Pochi mesi dopo si è di nuovo descritta come una persona non voleva stare meglio. Io mi sono detta in disaccordo con lei e le ho detto che pensavo che volesse stare meglio, ma credeva che non le fosse permesso. La seduta successiva è tornata e mi ha detto che stava leggendo una biografia di Frieda Fromm-Reichmann (cosa non proprio tipica di una persona poco brillante). In questo libro, la Fromm-Reichmann parlava di una paziente che non poteva essere aiutata perché non voleva cambiare. Susan pensava che io conoscessi questo libro perché nei ringraziamenti l'autore ringraziava mio marito. Io le ho detto che conoscevo quel libro, ma non pensavo fosse utile pensare che qualcuno non voglia cambiare. Una domanda migliore sarebbe: *perché* un paziente potrebbe non voler cambiare? Io pensavo che lei non volesse cambiare ma fosse preoccupata che, se fosse cambiata, sarebbe successo qualcosa di brutto. Immediatamente Susan mi ha detto che non pensava che il marito potesse sopportarlo. Associava questa situazione a un tempo in cui finanziariamente stavano bene e avevano deciso di fare un viaggio in Europa. Lei aveva detto al marito che era molto felice. Al ritorno da questo viaggio, lui aveva lasciato il lavoro e aveva deciso di investire la maggior parte dei loro risparmi in un'impresa che poi era fallita. Il marito era un uomo narcisisticamente molto fragile e non poteva sopportare di avere torto. Non era neppure in grado di ammettere che aveva preso una decisione finanziariamente disastrosa e doveva portare avanti questa visione grandiosa di se stesso, cioè l'idea che lui era quello intelligente, e la moglie quella stupida. Parlando di Frieda Fromm-Reichmann, Susan mi stava testando per vedere se io fossi in grado di restare della mia opinione anche al cospetto di un'opinione diversa sostenuta da "esperti", incluso il suo precedente, Frieda Fromm-Reichmann, il biografo di Frieda Fromm-Reichmann, e perfino mio marito (dato che Susa presumeva che lui fosse d'accordo con il biografo). La mia capacità di

conservare le mie convinzioni su di lei le ha permesso di sentirsi sufficientemente al sicuro per indentificarsi con il mio atteggiamento e utilizzarlo come esperienza emotiva correttiva per iniziare a mostrarsi in disaccordo con i suoi genitori, il marito, il suo terapeuta precedente e le loro critiche dirette a lei.

In conclusione, per Marie il mio atteggiamento generale di sicurezza rilassata è stato sufficiente perché lei potesse usare la terapia come esperienza emotiva correttiva. Ma “rilassato” non significa passivo. Dopo l’incidente del marito, aveva avuto bisogno di una posizione interpretativa più attiva da parte mia che la aiutasse a comprendere le origini della sua preoccupazione nei traumi infantili che aveva subito. Susan, invece, ha avuto bisogno di un atteggiamento molto più attivo da parte mia fin dall’inizio della terapia per contrastare le sue credenze patogene su se stessa (ad es., la convinzione di essere stupida), credenze che erano state alimentate prima dai genitori e poi rinforzate dal marito e dal terapeuta. Solo dimostrandole che potevo essere in disaccordo con delle figure di autorità le ho permesso di sentirsi sufficientemente al sicuro e di vedere la terapia come un’esperienza emotiva correttiva.

## Bibliografia

- Shilkret, C. J. (2006). Endangered by interpretations. Treatment by attitude of the narcissistically vulnerable patients. *Psychoanalytic Psychology* 23, 1, pp. 30–42
- Silberschatz, G. (a cura di), *Transformative Relationships*. Routledge, New York.
- Weiss, J. (2005), “Safety”. In Silberschatz, G. (a cura di), *Transformative Relationships*. Routledge, New York, pp. 31-42.