

LA CONTROL-MASTERY THEORY E IL PIANTO DEL TERAPEUTA IN SEDUTA

di Clara Bocchio

Da una revisione della letteratura sul tema del *Therapists' Crying In Therapy* (TCIT) emergono solamente tre cases studies che giungono alla conclusione che il TCIT sia terapeuticamente appropriato o addirittura benefico per il trattamento (Counselman, 1997; Owens, 2005; Rhue, 2001); in particolare, da una ricerca qualitativa emerge che 9 su 10 terapeuti intervistati riportano di aver ritenuto utile il TCIT nel comunicare genuinità o nel facilitare l'espressione emotiva del paziente (Waldman, 1995).

In quest'ottica, l'esempio di Fairbairn è significativo: anche lui aveva lasciato scorrere qualche lacrima salutando il suo celebre paziente Harry Guntrip (Guntrip, 1986):

Mentre stavo finalmente lasciando Fairbairn dopo l'ultima sessione [...] Alzai la mano e subito la prese, e improvvisamente vidi alcune lacrime che scorrevano sul suo viso. Ho visto il cuore caldo di quest'uomo con una mente fine e una natura timida (p.445).

Blume-Marcovici et al., (2015) suggeriscono di valutare sempre l'opportunità e gli effetti del TCIT in base al benessere del paziente ed al beneficio che potrebbe o non potrebbe trarne: questa lettura riporta alla visione della terapia della Control-Mastery Theory (CMT) e, in particolare, al concetto di piano e di interventi pro-plan. Si potrebbe dire che essa suggerisca di valutare l'opportunità del TCIT in base al piano del paziente

e capire se potrebbe essere pro-plan o anti-plan mostrarsi in lacrime a seconda del paziente che si ha davanti e del momento della terapia.

Questo elaborato si pone l'obiettivo di analizzare come potrebbe essere interpretato il TCIN in ottica CMT e analizzarlo in relazione al concetto di test.

La Control-Mastery Theory (CMT) è nata negli anni cinquanta dal lavoro di Joseph Weiss (1924-2004), successivamente coadiuvato da Harold Sampson (1925-2015) e dal San Francisco Psychotherapy Research Group, e sostiene che la motivazione primaria di ogni essere umano sia quella di *adattarsi* alla realtà in cui vive e di *padroneggiare* i propri problemi. Per adattarsi, l'uomo deve formarsi un insieme di conoscenze affidabili sul mondo: le *credenze*. Esse si formano dall'infanzia e derivano dalle esperienze che l'uomo vive con le persone emotivamente importanti della sua vita. Le *credenze* di una persona possono essere definite *patogene* quando al perseguimento di un *obiettivo sano e piacevole* associano un *pericolo*, per sé o i propri cari (Gazzillo, 2016).

Le *credenze patogene* fanno dunque sì che il perseguimento di *obiettivi sani e piacevoli* sia vissuto come *pericoloso*. Di conseguenza, le persone mettono alla prova ogni volta che possono le loro credenze patogene nella speranza di disconfermarle. Queste messe alla prova si chiamano *test*. I test sono azioni di prova, pianificate in genere inconsciamente, il cui obiettivo è comprendere se il pericolo prefigurato da una o più credenze patogene è ancora attuale (Gazzillo, 2016).

La Control-Mastery Theory ha identificato tre grandi categorie di test:

1. *Test di transfert*
 - a. *Compiacenza*
 - b. *Ribellione*
2. *Test per capovolgimento da passivo in attivo*
 - a. *Compiacenza*
 - b. *Ribellione*
3. *Test conservativi*

Quando la risposta dell'altro "supera" il test del paziente, il paziente in genere diventa più sereno e rilassato, meno teso, si adopera più attivamente per realizzare i propri obiettivi sani, si apre di più, diventa più coraggioso e si coinvolge di più nella terapia. Viceversa, quando il test non viene superato la persona diventa più ansiosa, si deprime e si blocca (Gazzillo, 2016).

I test sono appunto collegati alle credenze della persona, le quali sono collegate ai sensi di colpa inconsci di quest'ultima (Gazzillo, 2016).

La Control-Mastery Theory individua cinque tipi di senso di colpa inconscio:

1. *Separazione/slealtà*
2. *Sopravvissuto*
3. *Responsabilità onnipotente*
4. *Burdening*
5. *Odio di sé*

Provando a pensare il TCIT in ottica CMT e in particolare al concetto di test, potrebbe essere interessante analizzare un caso particolare.

Si tratta di una persona che è sempre stata maltrattata e svalutata da bambina. Racconta che la madre era una persona rifiutante, soprattutto quando lei mostrava emozioni negative, in particolare rabbia e tristezza. La paziente racconta che quando le scorrevano lacrime, perché triste o ferita o perché molto arrabbiata, la madre gli imponeva di smettere e di non piangere, dicendogli che chi piange è un debole e che quindi non meritava il suo affetto. Inoltre, sminuiva l'accaduto e non considerava più la figlia fin quando non smetteva e tornava ad essere "normale".

La paziente potrebbe aver sviluppato un senso di colpa da odio di sé e/o burdening e testa le sue credenze correlate in maniera diversa. Pensa di non valere molto e di essere debole, cerca sempre di non appesantire gli altri con i suoi bisogni e non esterna quasi mai le sue emozioni, anzi spesso non riesce neanche a riconoscerle.

In particolare, raccontando un episodio di sofferenza della sua infanzia, ha anche raccontato di quanto sua madre avesse ragione nel dirle di non piangere in quell'occasione, e che effettivamente chi piange, in generale, dimostra debolezza. Non sa dare un nome all'emozione che stava provando allora e non sa dire come si sente nel momento in cui lo racconta. Il racconto riguardava la morte del padre, il suo funerale. Il padre era morto per tumore quando la paziente aveva 10 anni. Era un uomo un molto paziente, protettivo e accudente nei suoi confronti. La paziente non è mai riuscita a parlare di questo lutto con la madre e anche al funerale si ricorda di non aver pianto, dopo che la mamma le aveva intimato di non farlo.

Io le ho detto che quella situazione era davvero molto triste e stressante, e che sarebbe stato completamente normale e naturale piangere al funerale del padre. Inoltre, non ho trattenuto le lacrime che il racconto aveva fatto scaturire in me, e la paziente lo ha notato, rimanendo immobile per un attimo e poi sorridendomi.

In questo caso potremmo pensare che abbia superato un test dalla paziente, senza quasi saperlo. Potrebbe essere stato un test da passivo in attivo per compiacenza, in quanto la paziente potrebbe aver cercato di indurre nella terapeuta quei sentimenti che lei stessa provava ma non poteva manifestare, sperando che la terapeuta le mostrasse come possa essere normale e naturale mostrare i propri sentimenti, anche quelli negativi come la tristezza, con il pianto.

Successivamente all'episodio, la paziente si è mostrata più tranquilla e ha iniziato a raccontare altri episodi della sua infanzia collegati a quello appena discusso.

Allo stesso modo, se la paziente si identificasse con la madre e insultasse la terapeuta mentre quest'ultima piange in seduta, la terapeuta potrebbe mostrargli che non è toccata dall'inveire della paziente e continuare a mostrare i suoi sentimenti.

Riassumendo, potremmo guardare al TCIT non solo come a un'espressione di vicinanza al vissuto emotivo del paziente, che potrebbe essere terapeutica di per sé, ma anche come una modalità di superare alcuni suoi test.

In altri casi, tuttavia, anche il TCIN potrebbe invece essere una risposta controproducente rispetto ad altri tipi di test e per altre credenze.

References

Blume-Marcovici, A. C., Stolberg, R. A., & Khademi, M. (2013). Do therapists cry in therapy? The role of experience and other factors in therapists' tears. *Psychotherapy*, 50(2), 224.

Blume-Marcovici, A. C., Stolberg, R. A., & Khademi, M. (2015). Examining our tears: Therapists' accounts of crying in therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(4), 399-421.

Counselman, E. F. (1997). Self-disclosure, tears, and the dying client. *Psychotherapy*, 34, 233-237.

Gazzillo, F. (2016). *Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla Control-Mastery Theory*. Milan, Italy: Raffaello Cortina Editore.

Guntrip, H. (1986). My experience of analysis with Fairbairn and Winnicott. In P.

Lam, C., Vingerhoets, A., & Bylsma, L. (2018). Tears in therapy: A pilot study about experiences and perceptions of therapist and client crying. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 20(2), 199-219.

Owens, C. (2005). Moved to tears: Technical considerations and dilemmas encountered in working with a 13-year-old boy with acquired quadriplegia. *Journal of Child Psychotherapy*, 31, 284-302.

Rhue, J. W. (2001). Death, bereavement, and the therapist. In S. Kahn & E. Fromm (Eds.), *Changes in the therapist* (pp. 117-131). Mahwah, NJ: Erlbaum Publishers.

Waldman, J.L. (1995). Breakthrough or breakdown: When the psychotherapist cried during the therapy session (Doctoral dissertation). Retrieved from Dissertation and Theses database. (UMI No. 9536358)