

Due note cliniche

di Francesco Gazzillo ©

In queste poche pagine vorrei proporre qualche riflessione su due fenomeni clinici che hanno attirato la mia attenzione negli ultimi tempi.

Il primo riguarda il tema del FRAINTENDIMENTO contrapposto a quello della COMPrensione. Mi riferisco a un'esperienza clinica fatta con alcuni pazienti (tutti di area borderline, per usare le categorie diagnostiche tradizionali), alcuni dei quali prevalentemente anaclitici e altri prevalentemente introiettivi. La situazione, apparentemente paradossale, con cui mi sono confrontato nel loro trattamento era dovuta al fatto che, a inizio terapia, questi pazienti presentavano atteggiamenti e comportamenti, e raccontavano di modi in cui avevano affrontato alcune situazioni di vita, che sembravano legittimare del tutto le accuse, o per meglio dire le offese, che i genitori rivolgevano loro. Una ragazza che veniva accusata dalla madre di essere incostante, eccessiva e impulsiva, raccontava e si mostrava spesso incostante, eccessiva e impulsiva. Un'altra, che la madre descriveva come eccessivamente ansiosa, dipendente e fuori controllo, si mostrava proprio così. O, ancora, un uomo che la madre accusava di essere troppo pigro, introverso e fragile, si presentava chiuso, ombroso, suscettibile e lento. Da un certo punto di vista, quindi, sono stato tentato dal pensiero che i genitori di questi pazienti cogliessero delle caratteristiche negative obiettivamente vere dei figli. Dall'altro, però, sapevo che quelle critiche dei genitori, e quel loro atteggiamento complessivamente svalutante, era stato per queste persone un vero e proprio trauma, anzi era stato il trauma principale delle loro vite, un TRAUMA DA STRESS, O CUMULATIVO che aveva alimentato un forte ODIO DI SÉ e una complessiva, grave mancanza di fiducia in se stessi e di amore per se stessi. Avrei dunque detto il vero, almeno per certi versi, se avessi detto loro che si mostravano incostanti, eccessivi e impulsivi, o troppo dipendenti e fuori

controllo, ma li avrei ri-traumatizzati, e di certo non li avrei FATTI SENTIRE AL SICURO. Come comprendere questa situazione? E come uscire da questa impasse che apparentemente vedeva contrapposti il dire il vero e l'aiutarli?

Due sono state le cose che mi hanno permesso di trovare una via di uscita. In primo luogo, il fatto che, nel rapporto con me, queste persone riuscivano a essere, almeno in alcuni momenti o per certi versi, profondamente diverse da come i genitori le “descrivevano”. La ragazza incostante, eccessiva e impulsiva, non aveva mai saltato una seduta, era molto coinvolta in un processo di conoscenza di sé decisamente impegnativo, anche dal punto di vista emotivo, e non manifestava da mesi alcun comportamento impulsivo. E l'uomo che si supposeva fosse chiuso, fragile e pigro, era capace di slanci di affetto, asserzioni decise e impegno prolungato. Così come la ragazza dipendente e ansiosa sapeva mostrarsi autonoma e allegra. Quindi, potevano tutti essere diversi, e si trattava di capire perché, soprattutto con le loro famiglie, “scegliessero” di non esserlo, cioè “scegliessero” di essere proprio come i genitori gli dicevano che fossero. E dovevo far leva sul loro essere diversi, migliori. Dovevo VALORIZZARE LE RISORSE CHE REALMENTE AVEVANO. Cosa che, di per sé, avrebbe contrastato il loro trauma, le credenze che ne erano conseguite e l'odio di sé che ne derivava. Oltre a cementare la nostra alleanza terapeutica.

In secondo luogo, e a partire da questa posizione, dovevo comprendere con loro perché fossero diventate le persone che i loro genitori descrivevano, nonostante farlo significasse danneggiarsi. E in tutti i casi da me osservati, la risposta è stata la stessa: quei pazienti erano diventati ciò che i loro genitori avevano bisogno che fossero per conservare un'immagine positiva di sé stessi. Detto in termini più teorici, questi pazienti erano vittime di potenti test da attivo in passivo dei genitori, traumatizzati a loro volta dai propri genitori, e non potendo superare questi test, dato il loro essere figli, erano rimasti bloccati in cicli relazionali traumatici in cui, per conservare la relazione con i genitori e aiutarli a sentirsi meglio, i miei pazienti dovevano farsi carico dell'odio di sé dei genitori. Avevano quindi sviluppato la

credenza patogena per cui l'unico modo di conservare una relazione vivibile con i genitori e farli sentire bene, era presentarsi come persone "negative", ognuna con le specifiche declinazioni che questa negatività aveva assunto nella propria storia.

Presentarsi a me in quella veste, nei fatti e nei racconti, era dunque un TEST di transfert per compiacenza, e per superarlo ho dovuto fare più e più volte quanto descritto: ri-descriverli a se stessi partendo dai fatti che testimoniavano la loro differenza rispetto alle descrizioni che i genitori avevano fatto di loro, e aiutarli a comprendere come fossero diventati "negativi" per aiutare a far sentire meglio i genitori e conservare la relazione con loro.

In questo caso, il superamento del test coincideva con una INTERPRETAZIONE PRO-PLAN CORRETTA. Al fraintendimento doveva subentrare la comprensione. Alla critica, un atteggiamento di valorizzazione e affetto sincero. Affetto reso possibile dal fatto che io non avessi bisogno di vederli come problematici, negativi o "folli".

Il secondo fenomeno clinico a cui volevo accennare è relativo alla stratificazione delle credenze patologiche. Se infatti la maggior parte dei pazienti presentano un numero limitato di CREDENZE PATOGENE NUCLEARI, che finiscono per influenzarli in varie situazioni di vita, altri pazienti è come se sviluppassero un sistema più o meno interrelato di CREDENZE PATOGENE SECONDARIE, la cui funzione pare essere quella di legittimare le loro strategie tese a evitare situazioni vissute come angosciose a causa delle credenze patologiche nucleari. Quindi, una persona che ha paura di legarsi agli altri perché teme di essere rifiutata, o teme di essere "bloccata" nella relazione dalla necessità di prendersi cura degli altri, evita di conoscere e farsi conoscere davvero dagli altri, e poi sviluppa la credenza secondaria di non essere interessata ai rapporti. Oppure, se il timore di fallire e deludere, e forti sensi di colpa del sopravvissuto, le impediscono di mettersi in mostra sul lavoro, mostrandosi ambiziosa e

determinata, può sviluppare la credenza secondaria che è necessario che le occasioni di lavoro si presentino da sé, o che i problemi si risolvano con il tempo, l'attesa.

È ovvio che queste credenze secondarie finiscano per essere ostacoli ulteriori alla disconferma di quelle primarie, anche perché legittimano l'evitamento, più o meno sistematico, di possibilità di disconferma. Ma la loro valenza di ostacolo è ridotta rispetto a quella delle credenze nucleari.

Due domande però permangono: come comprendere quali credenze sono nucleari e quali secondarie? E come affrontare queste situazioni?

In base alle esperienze fatte fino a ora, direi che le credenze secondarie sono in genere più astratte, difficilmente riconducibili a fatti che il paziente ha vissuto, giustificate per mezzo di altre credenze patogene, più che sulla base di esperienze, e spesso francamente assurde. Un essere umano non può essere, per natura, non interessato a relazioni intime, e le opportunità non cascano addosso alle persone come può farlo una goccia di pioggia in una giornata piovosa. Così come il semplice passare del tempo è difficile che risolva un problema. E poi le credenze secondarie sembrano spesso vacue, superficiali, ma asserite come fossero verità auto-evidenti.

Come affrontarle? Io tendo a smentirle in modo netto, senza “perderci troppo tempo”, per via di logica e a volte anche in modo brusco, concentrando il mio lavoro sulla disconferma, con azioni, atteggiamenti e parole, di quelle nucleari.