

## Sul ruolo delle identificazioni patologiche inconscie

di Jessica Leonardi

“Dottoressa, in questo sono identico a mia madre”, oppure “mi ha ferito molto il suo essere così e mi sono ripromessa che nella vita sarei stata l’esatto opposto di mio padre”, sono frasi che credo ognuno di noi, pensando alla propria pratica clinica, può richiamare facilmente alla mente. E spesso, altrettanto facilmente, i pazienti sono in grado di fare questo tipo di associazioni senza troppe sollecitazioni da parte nostra, in linea con la tendenza inconscia della nostra mente a rilevare *pattern* e a giungere rapidamente a conclusioni (Kahneman, 2011). C’è un piano però molto più sottile e profondo di cui i pazienti invece non sono affatto consapevoli: il modo in cui quelle che loro trovano semplici similitudini guidi e orienti inconsciamente i loro pensieri, sentimenti e comportamenti e quale sia nello specifico la funzione che esse hanno.

L’identificazione è quel processo psicologico per cui vi è un’assimilazione tra il sé e l’oggetto, ovvero una persona acquisisce inconsciamente tratti, qualità, caratteristiche e comportamenti di un altro significativo facendoli propri. Spesso il termine identificazione viene utilizzato impropriamente come sinonimo di introiezione e interiorizzazione che, invece, sono processi psichici diversi che è bene differenziare. Nell’introiezione un oggetto esterno è collocato all’interno della propria struttura mentale conservando almeno in parte la propria differenziazione dal sé, come avviene per la formazione Super-io. Lo stesso vale per l’interiorizzazione, dove però il Sé assimila funzioni che in precedenza venivano svolte da un’altra persona (Schafer, 1968).

Il tema delle identificazioni ha interessato ampiamente la psicoanalisi con diverse connotazioni; Freud (1909) per primo se ne occupò sia nei suoi aspetti fisiologici, sottolineandone ad esempio il ruolo centrale nello sviluppo dell’identità di genere e nella risoluzione del complesso di edipo (1923), sia in quelli patologici, evidenziandone il ruolo nella coazione a ripetere (1922) e nella possibilità di identificarsi con un genitore per via della colpa che si

prova (1928). In *Lutto e Melanconia* (1917), poi, Freud ha messo in luce come l'Io sia plasmato dalle identificazioni con i suoi oggetti importanti, e come la perdita di oggetti importanti, se questi sono oggetto di ambivalenza e in presenza di una fissazione alla fase sadico-orale, possa essere alla base dello sviluppo di quadri melanconici la cui genesi è proprio mediata da un processo di identificazione con gli oggetti perduti. Successivamente Anna Freud (1936), con il concetto di identificazione con l'aggressore, ha sottolineato un'ulteriore funzione dell'identificazione: consentire la padronanza di esperienze traumatiche e fortemente angoscienti trasformando questi vissuti in qualcosa che fornisce un certo senso di sicurezza alla persona. Infine, Melanie Klein, nel suo lavoro *Sull'identificazione* (1955), sostiene che lo sviluppo, sano e patologico, sia mediato da un complesso gioco di processi di proiezione, introiezione e identificazione.

Ma che lettura dà la *Control Mastery Theory* delle identificazioni?

Uno dei concetti chiave della teoria è quello di credenza patogena, una credenza è tale quando impedisce il raggiungimento di obiettivi sani e piacevoli. Queste credenze sono il precipitato di esperienze e relazioni traumatiche vissute nel corso dell'infanzia con i *caregiver* e i fratelli e incarnano un tentativo di adattamento a quest'ultime, risentendo di tutte le caratteristiche tipiche dell'immaturità cognitiva ed emotiva del bambino: dipendenza, egocentrismo, iper-generalizzazione, senso di onnipotenza, motivazioni altruistiche e l'assunto che la realtà familiare e il senso di moralità coincidono. Le inferenze tratte così sono spesso scorrette e si associano a quattro modalità di rapporto con le figure di riferimento: *compiacenza* rispetto a insegnamenti, espliciti e impliciti, dei genitori; *ribellione* agli insegnamenti dei genitori, a cui si associano profonde angosce di perdita, sensi di colpa e autopunizione; *l'identificazione* con i genitori traumatizzanti, che è un modo per ottenere un certo senso di padronanza essendo come loro o un tentativo di dargli implicitamente ragione ed essergli leali approvandoli con i fatti; e infine, la *contro-identificazione* con i genitori traumatizzanti, che è espressione del

desiderio di essere del tutto diversi dal proprio *caregiver*, cui si associano angosce di perdita e sensi di colpa inconsci (Gazzillo, 2021).

Come accennato in precedenza, nella prima infanzia i processi di identificazione e compiacenza sono fondamentali per permettere al bambino di apprendere e crescere. È bene chiarire, quindi, che di per sé questi processi sono neutri, fisiologici e spesso sani, in quanto ci permettono di imparare dai nostri *caregiver* e dall'ambiente che ci circonda. Essi diventano fonte di patologia nel momento in cui non si riesce a fare diversamente da ciò che i genitori vogliono o essere diversi da loro pur rendendosi conto che questo è causa di sofferenza e infelicità.

Weiss (1986; 1993), analizzando quest'ultimo aspetto, ha messo in luce come la compiacenza e l'identificazione siano spesso strumenti di autopunizione, concentrandosi in particolar modo sul ruolo svolto in questo processo dal senso di colpa del sopravvissuto e di separazione/slealtà. Nei suoi casi clinici (*ibidem*) sottolinea come la motivazione inconscia che sottointende le identificazioni sia quella di mantenere una connessione emotiva con i propri genitori: i bambini, infatti, sono intrinsecamente motivati a mantenere un legame di attaccamento con loro, a proteggerli, essergli leali e renderli felici, per cui essere diversi e/o sentirsi e mostrarsi migliori di loro è vissuto come una minaccia per il rapporto, una colpa e un crimine nei loro confronti.

“Come conseguenza di certe credenze inconse, una persona può torturarsi con il senso di colpa, la vergogna o il rimorso”, scrive Weiss (1986). Identificazione e compiacenza, infatti, laddove patogene, sono processi mediati da credenze patogene (Weiss, 1986; 1993): mentre nella compiacenza la persona pensa di meritare il comportamento traumatico che gli è stato riservato dal genitore e si sente in obbligo di agire in accordo alle proprie credenze patogene, nell'identificazione patologica il comportamento problematico messo in atto dal genitore viene percepito come la cosa giusta da fare, e che sarebbe sbagliato agire diversamente e meglio perché questo renderebbe criticabili, ingiusti e biasimabili i genitori.

Nel caso del senso di colpa di separazione/slealtà, ad esempio, ci si può identificare con il genitore nei confronti del quale ci si sente in colpa per la propria indipendenza e autonomia, acquisendo così alcuni dei suoi tratti o comportamenti più disfunzionali o sviluppando comportamenti disadattivi simili ai suoi. Lo stesso accade nel caso del senso di colpa del sopravvissuto, dove però la colpa deriva dal sentirsi migliori, più capaci e realizzati dei propri genitori. Ci si può punire però anche essendo sempre compiacenti con quel genitore o adottando comportamenti disadattivi che inconsciamente si crede che lui approverebbe, tutto questo con lo scopo di non perdere il legame con lui e non sperimentare la colpa che deriva dalla propria diversità, indipendenza e successo. Nel ripetere le debolezze dei genitori, i loro comportamenti problematici o sentimenti di vergogna, quindi, le identificazioni patologiche sono il risultato del tentativo dei pazienti di proteggere i propri genitori e di farli sembrare migliori di quanto in realtà non siano.

Il ruolo del senso colpa in relazione alle identificazioni è stato ampiamente sottolineato da Weiss e ripreso anche più recentemente (vedi Foreman, 2018) ed è un importante punto saldo della lettura di questo fenomeno in ottica CMT. Mi piacerebbe però a questo punto fornire uno spunto di riflessione anche in merito alla vicinanza emotiva e al senso di connessione con il genitore traumatico che l'identificazione sembra creare. Riflettendo su alcuni casi, infatti, mi è sembrato di cogliere che *più l'identificazione è forte, più è probabile che si sia fatta esperienza di un genitore emotivamente e concretamente distante, distanziante e indisponibile*. In questi casi l'identificazione, oltre a sottendere un senso di colpa di forza chiaramente proporzionale, diviene un modo per creare illusoriamente nel paziente un senso di vicinanza emotiva, appartenenza e familiarità con una figura di attaccamento che, sebbene patologica, altrimenti sarebbe sentita come del tutto distante. Più questo aspetto è centrale, più è importante che anch'esso sia oggetto d'attenzione e lavoro in terapia: simbolicamente, infatti, è come se, lavorando per aiutare il paziente a superare quell'identificazione, si minasse e recidesse quell'unica cosa che ha in qualche modo mantenuto vivo e nutrito il legame di attaccamento col proprio genitore. È come se il

paziente a volte ci domandasse: se perdo anche questo, che altro modo avrò di sentirmi vicino lui? Aiutarlo a comprendere come questo percepito crei un incastro *ad hoc* con i suoi sensi di colpa può essere molto d'aiuto.

A conclusione di questo breve excursus potrebbe essere utile fornire una possibile definizione operativa delle identificazioni patologiche: fenomeni psicologici appresi in cui una persona ripete inconsciamente, o mette in atto, comportamenti problematici, sentimenti, atteggiamenti, schemi relazionali o problemi esibiti in passato da altri significativi, in genere i genitori (Foreman, 2018).

Le credenze patogene, gli affetti a esse associati e le manifestazioni di compiacenza e identificazione con i genitori traumatizzanti formano gli schemi nucleari della psicopatologia (Gazzillo, 2021): come sappiamo, nella formulazione del piano di un paziente, dopo la stesura dei traumi vanno riportate le forme di compiacenza e identificazione, rimarcando l'importanza che queste ricoprono nel farci da guida nella pianificazione e nella gestione della terapia. Comprenderle e averle chiare è dunque centrale per una buona formulazione complessiva del caso. Può essere interessante vedere ora con qualche esempio come questi fenomeni si traducano nella pratica clinica.

### *Il caso di Matteo*

Matteo, un uomo di circa trent'anni, arriva al mio studio dopo un percorso di analisi di quasi 8 anni con una frequenza di 3 sedute a settimana. La richiesta esplicita che porta è quella di riuscire ad avere una relazione amorosa affettivamente e fisicamente appagante con una donna, e aggiunge che mentre non ha difficoltà nelle relazioni di amicizia, inizia ad angosciarsi quando una relazione con una donna può diventare "qualcosa di più".

Matteo mi racconta di una vita fatta per lo più del suo lavoro, da cui trae soddisfazione, e di un mondo relazionale povero, con qualche amicizia ma senza nessun rapporto realmente significativo. Il suo vissuto di solitudine è molto forte e nel corso delle sedute sarà lui stesso a tradurlo in immagine: "è come un deserto in cui

nessuno può essere trovato”. Spesso ha degli scatti di rabbia “molto forti e inquinanti, mi infiammo proprio e sono aggressivo” dice, anche per cose che col senno di poi gli sembrano futili; sente di non avere interessi e passioni proprie e mi racconta che prima dell’approdo all’università (e dell’inizio dell’analisi), trascorreva le giornate sul divano temendo di avere una brutta malattia, dormendo fino a tardi e facendo poco e nulla. Il rapporto più stretto lo ha con la madre, che fin da piccolo ricorda come una donna depressa, ansiosa e ingombrante che si occupa di lui a tutto tondo e spesso con le sue attenzioni “lo soffoca, è come se la sua presenza lasciasse poco spazio ad altro”.

I genitori di Matteo si sono separati quando lui era molto piccolo e in modo turbolento e hanno avuto molti conflitti rispetto al suo affidamento. Il padre è ipocondriaco, presenta spunti deliranti con una forte base paranoidea, deliri di contaminazione e angosce di frammentazione. In passato è stato un brillante e apprezzato manager d’azienda, ha perso il lavoro quando, all’apice di uno dei suoi deliri, ha denunciato i suoi superiori. Matteo ha un rapporto “difficile” col padre: in passato litigavano di continuo finendo per non parlarsi per mesi, e poi doveva essere sempre lui a cercarlo. Queste liti lo turbavano molto perché il padre gli urlava contro di tutto con veemenza, “sembrava un matto, uno che ha perso la ragione”, e lui ci soffriva terribilmente, sentendosi mortificato, debole e vergognandosi parecchio. Matteo mi dice poi che, oltre ad essere iracondo e fastidiosamente formale, il padre secondo lui è solo e seriamente depresso: dorme tantissime ore al giorno, vive in una casa sporca per via della paura dei prodotti per la pulizia, non ha interessi, non esce e vuole che anche lui faccia lo stesso, ha una compagna che è più che altro una badante e aggiunge che gli è chiaro che non stanno insieme fisicamente.

Sebbene consciamente Matteo tenti di prendere le distanze dal padre e si mostri in aperto disaccordo con le sue scelte, il modo in cui ha affrontato la sua vita evidenzia una chiara identificazione inconscia con lui sostenuta da un forte senso di colpa del sopravvissuto. Non è un caso, infatti, che Matteo si sia concesso di avere successo

solo in ambito lavorativo, esattamente come il padre alla sua età, e che si sia tormentato per anni con una malattia inesistente sprecando la sua adolescenza a dormire sul divano per la maggior parte del tempo, come lui. Inoltre, sempre come lui, è iracondo e ha pochi rapporti d'amicizia, non si concede di perseguire i suoi interessi e passioni e, soprattutto, non riesce ad avere una storia d'amore appagante, in compiacenza anche con l'idea che questo ferirebbe la madre (senso di colpa da separazione).

Matteo vedeva tutti questi punti di contatto col padre come la prova del fatto che era geneticamente predestinato a fare la stessa fine e che nulla poteva opporsi a questo finale già scritto. Fargli vedere e capire quanto in realtà tutto questo avesse a che fare con i forti sensi di colpa che provava è stata un'importante chiave di volta della sua terapia e della sua comprensione di sé.

Il suo senso di colpa, inoltre, alimenta un profondo sentimento di *vergogna* (Weiss, 1993): fino a quando Matteo si sente e si pensa uguale al padre, non deve far fronte al suo disagio per essere migliore, al dispiacere e alla pena che prova per lui, ma anche ai forti vissuti negativi che reprime nei suoi confronti, come ad esempio la rabbia, il disprezzo, il risentimento e un senso di ingiustizia oggettiva per la sua inadeguatezza e per le ricadute che hanno avuto su di lui queste caratteristiche del padre. Finché pensa di essere lui il problema, il padre è al sicuro.

In linea con quanto sostenuto in precedenza, l'identificazione con il padre però, sebbene patologica e fonte di grande sofferenza, ha permesso a Matteo di percepire una sorta di vicinanza emotiva con lui, vicinanza che non gli era stato possibile sperimentare in nessun altro modo per via dell'indisponibilità emotiva del genitore. In terapia è stato importante dare risalto e lavorare anche su questo aspetto: via via che Matteo diveniva sempre più consapevole dei suoi sensi di colpa e provava a superarli, infatti, è stato sempre più chiaro come la forza della sua identificazione fosse legata anche alla funzione che essa aveva di creare un illusorio senso di appartenenza e una connessione col padre. Dopo questa mia interpretazione, infatti, sono emersi diversi ricordi rimossi, Matteo è

arrivato persino a chiedersi se il padre lo abbia mai considerato suo figlio vista l'enorme distanza che ha sempre avuto da lui e ha iniziato a dirmi che con i suoi progressi lo sentiva sempre meno vicino e che stava avendo l'impressione di perderlo in qualche modo. Come è facile immaginare, un lavoro su questi vissuti è essenziale, anche per la gestione degli auto-sabotaggi e delle auto-punizioni che possono derivarne.

Matteo era convinto che anche io avrei mantenuto distanza, freddezza e formalità (evidentemente, la distanza emotiva del padre ha determinato in lui un odio di sé che lo portava a pensare di non poter meritare nulla di meglio dai rapporti intimi), e si è sentito al sicuro solo dopo che ho accolto alcune delle sue richieste di vicinanza: darsi del tu, cosa che gli era stata negata dalla sua analista, accettare un suo regalo, e rispondere ai suoi messaggi. È ancora tanto il lavoro da fare, ma con il procedere della terapia Matteo ha fatto diversi progressi: si è trasferito a vivere da solo in una casa carina che ci tiene a mantenere pulita ed ordinata, ha adottato un cucciolo per provare a se stesso che, a differenza del padre, è in grado di amare e di prendersi cura di un'altra vita e insieme stiamo lavorando sul suo timore di avere relazioni amorose e della fisicità, con un interessante lavoro sulle sue fantasie sessuali.

### *L'identificazione con il terapeuta*

Weiss (1993) mette in evidenza come i pazienti coinvolgano in modo attivo il loro terapeuta nella disconferma delle proprie credenze patogene, riproponendo nel qui e ora della relazione con lui le esperienze traumatiche che ne hanno determinato la formazione, e testandolo al contempo per vedere se le condivide, sperando in una disconferma e ricercando un'esperienza emotiva correttiva. In ottica CMT, sappiamo quanto l'atteggiamento del clinico sia importante come strumento terapeutico e quanto esso vada calibrato a seconda del paziente e dei diversi momenti della terapia. Il modo cui il clinico sta in seduta e si rapporta al paziente, infatti, può rafforzare, indebolire o annullare l'effetto delle sue comunicazioni ed è dunque essenziale per disconfermare le credenze patogene e i sensi di colpa inconsci dei pazienti, sostenendo i loro obiettivi sani (Angrisani, Gazzillo,

2021). Non siamo solo noi a imparare come sono fatti i nostri pazienti, infatti, ma anche i pazienti imparano, deducono e suppongono, a livello esplicito ed implicito, molte cose di noi nell'osservarci, ragion per cui in generale, e con i pazienti più difficili in particolare, l'atteggiamento che assumiamo è una variabile molto rilevante. L'abilità del terapeuta di vedere la realtà dalla prospettiva del paziente, di sintonizzarsi sui bisogni e desideri e di agire e reagire ai suoi test in modo *pro plan* e con il giusto atteggiamento, fa sì che le capacità del terapeuta, i suoi atteggiamenti e le sue comunicazioni possano essere interiorizzate dai pazienti promuovendo in loro una nuova identificazione.

Ne è un esempio il caso di Alessia.

Alessia, una ragazza di 26 anni, arriva in terapia per via di frequenti crolli emotivi al culmine dei quali spesso si taglia braccia e/o gambe, ha relazioni amorose superficiali su cui punta molto, ma che ogni volta si rivelano fuochi di paglia, perde con facilità ogni lavoro che trova e i suoi studi procedono a rilento da tempo.

Alessia è cresciuta all'interno di una famiglia in cui veniva costantemente criticata e svalutata dal padre, che non di rado finiva per essere manesco e pretendeva da lei deferenza e obbedienza. La madre, con cui Alessia è identificata, sembra depressa da lungo tempo e viene descritta come poco intelligente e incapace, "tanto trascurata nell'aspetto e praticamente inconsistente", per usare le sue parole. Alessia ha inoltre un fratello più grande di lei di qualche anno, gravemente disabile, che ora vive in una casa di cura.

Esattamente come la madre, Alessia non è riuscita a concludere gran che: i suoi risultati scolastici sono stati sempre mediocri, e lo stesso sta accadendo all'università e con il lavoro, e lei si sente stupida, incapace e impotente. Alessia inoltre è piena di vergogna, non solo per ciò che sente di essere, ma anche per la sua appartenenza alla propria famiglia: ricorda diversi episodi in cui, fuori dalla scuola, il padre la prendeva a schiaffi

urlando e umiliandola davanti a tutti. Alessia si vergognava di lui per queste reazioni violente e spaventose, della madre che restava inerme e incapace di contrastarlo, del fratello per essere come era pure se non ne aveva colpa e più di tutto di sé stessa, in primis per il fatto di provare e pensare tutte queste cose e sentirsi un mostro, profondamente in colpa e non in diritto di arrabbiarsi. Alessia racconta di un'adolescenza spesa tra droghe, assenze da casa che duravano giorni senza che nessuno se ne rendesse conto fino a quando "le dovevo scontare con le botte". Questi periodi includevano anche chiusure in casa con profonde depressioni, in cui era lasciata e si sentiva profondamente sola. Alessia è carina, ma è sempre scapigliata e trascurata, spesso indossa grandi felpe che ne nascondono la fisicità e dentro cui riesce bene a scomparire, e nella maggior parte delle occasioni sembra che si metta la prima cosa che trova nell'armadio, ma ad ogni seduta non manca mai un commento sul mio aspetto, la bellezza dei quadri del mio studio e apprezzamenti in genere per le mie qualità.

All'inizio della terapia e per mesi Alessia mi ha messo molto alla prova con diversi test di rifiuto e protezione lavorando sulla sua credenza patogena di non valere niente e di non meritare affetto e protezione (odio di sé). Spesso, poi, mi poneva davanti a situazioni in cui si aspettava che fossi deferente e arrendevole, ma io sottolineavo il diritto ad avere le mie opinioni e a non subire passivamente il potere e le decisioni degli altri. Alessia ha così iniziato a sentirsi più sicura, ad arrivare più puntale e anche il suo aspetto è iniziato lentamente a cambiare e ad apparire più curato.

Anche in questo caso, è possibile notare come l'identificazione di Alessia con la madre abbia anche la funzione di ricreare una vicinanza emotiva e un senso di condivisione con lei mai esperito: la lunga depressione del genitore, infatti, ha fatto sì che fosse emotivamente indisponibile fin da anni cruciali per lo sviluppo di Alessia. La madre, inoltre, ha sempre reagito con ritiro e chiusura in sé stessa alle difficoltà in genere, e alle richieste di supporto e sostegno di Alessia, che così ha finito per ricreare un legame e una connessione emotiva con lei diventando come lei, anche nell'aspetto.

Un giorno Alessia arriva in seduta portando con sé una busta: ci teneva a farmi vedere un vestito che aveva acquistato per un colloquio di lavoro, un vestito che era davvero molto simile a uno di quelli che avevo indossato io qualche tempo prima. Mi chiede se ho notato che è praticamente uguale al mio e se la cosa mi dava fastidio, perché era ancora in tempo per restituirlo. Le rispondo che lo trovo perfetto per lei e (ridendo) aggiungo che ero contenta anche per il vestito, perché di sicuro gli avrebbe fatto giustizia. Sorridendo mi dice che ha pensato che metterlo l'avrebbe fatta sentire più sicura e fiera di sé, che questa volta non era disposta ad accettare qualsiasi condizione le avrebbero proposto, che poteva pure dire no, che non per forza doveva "lasciarsi andare" ed essere come la madre. Le ho risposto entusiasta che aveva ragione su tutti i punti e che ero molto orgogliosa di lei.

Penso sia interessante notare come altre mie riposte ad Alessia, come ad esempio evidenziare che si stava letteralmente mettendo nei miei panni, chiederle perché fosse così importante per lei, indagare perché pensava che io potessi provare fastidio per il suo acquisto e così via, sarebbero state lette da lei, nel migliore dei casi, come una deviazione rispetto ai suoi obiettivi, più probabilmente come una conferma delle sue credenze patogene.

Alessia, infatti, voleva rassicurarsi rispetto al fatto che il suo tentativo di curarsi, valorizzarsi e sentirsi forte non mi ferisse e voleva anche vedere se appoggiavo il suo diritto a ribellarsi e a non subire passivamente condizioni che riteneva ingiuste. Inoltre, almeno in questa prima fase della terapia, Alessia aveva un grande bisogno di idealizzarmi per potere avviare un processo di riparazione dei suoi legami di attaccamento - aveva bisogno di smettere di vergognarsi di chi si prendeva cura di lei (Bush, 2019): voleva esserne fiera, voleva qualcuno che sentisse la sua forza legittima, non come qualcosa che nuoce agli altri fragili, che si rispettasse e che si prendesse cura di sé, in modo che lei lo interiorizzasse e si sentisse in diritto di trattarsi allo stesso modo, in sintesi, aveva bisogno di idealizzare la sua terapeuta e di identificarsi con lei. Inoltre, quello che sperava era di

trovare una relazione all'interno della quale sentirsi ottimista, essere valorizzata, apprezzata, sostenuta e protetta essendo semplicemente sé stessa. Questa l'esperienza emotiva correttiva di cui aveva bisogno.

### *Le contro-identificazioni*

Un altro aspetto interessante e clinicamente rilevante è quello delle contro-identificazioni. Esse *“sono espressione del desiderio di essere radicalmente diversi dai propri caregiver traumatizzanti, e spesso [sono] funzione del desiderio di dare agli altri ciò che si avrebbe voluto ricevere, così da trovare nelle reazioni degli altri, una legittimazione dei propri bisogni frustrati dal comportamento dei caregiver”* (Gazzillo, 2021)

Rispetto ad alcuni aspetti traumatici, come ad esempio l'essere stati esposti costantemente alla critica o essersi sentiti cronicamente di peso, i pazienti possono finire per assumere nella vita un atteggiamento diametralmente opposto rispetto a quello del genitore traumatico, in un caso essendo sempre gentili e cordiali, nell'altro essendo sempre forti e disponibili per gli altri, sperando che questo venga da loro apprezzato e sostenuto. Può accadere però che questi pazienti faticino ad essere critici quando è opportuno che lo siano, o a chiedere aiuto ed esprimere i propri sentimenti e vissuti quando sarebbe lecito farlo, finendo così per crearsi un problema nuovo, spesso con una funzione autopunitiva o di sabotaggio, per la colpa che di fondo provano per essere diversi e/o sentirsi migliori rispetto al proprio genitore o a trasgredire i suoi moniti, sentendo che l'unica scelta che hanno è tra quel comportamento o l'esatto opposto, di mezzo nulla è concesso.

Il caso di Francesca penso che illustri bene queste dinamiche.

Francesca è un chirurgo di poco più di quarant'anni, e arriva in terapia per via di un momento difficile che definisce di “depressione” in cui si sente particolarmente provata e stanca di avere addosso il peso di tutto e tutti; vorrebbe solo smetterla di sentirsi così. Dal tono emotivo delle sue parole capisco subito che il suo vissuto è molto più antico e mi basta accennarglielo perché cominci a piangere a dirotto scusandosi ripetutamente per

essersi posta così e aggiungendo “E’ assurdo, io non piango mai con qualcuno! È probabile che sarò la paziente più noiosa e pesante che lei abbia mai avuto e questo mi dispiace molto, non è giusto, lei mi pare pure simpatica?”. Il tono è ironico, il senso delle sue parole nemmeno un po’.

In seguito a una serie di miei interventi *pro-plan*, Francesca ricorderà come, fin da bambina, si sia presa cura della madre, del fratello e del padre nei più svariati modi. La madre è stata emotivamente poco disponibile con lei e sempre molto richiedente: Francesca era l’argine di contenimento di tutta la sua ansia, delle sue paure e della sua tristezza, e spesso la madre la metteva nella posizione di dover trovare soluzioni a problemi complessi, più che mai per una ragazzina. La paziente mi dirà che il vittimismo della madre per lei era intollerabile, la irritava e le faceva male, anche perché a esso associava la sua non disponibilità e mancanza di riguardo e il suo dover essere sempre disponibile, a prescindere dal suo stato d’animo e dalle sue paure, che crescendo aveva imparato a nascondere bene.

In virtù di tutto ciò, Francesca non si concede praticamente mai di mostrarsi debole o di comunicare agli altri il suo malessere e le sue difficoltà (senso di colpa da *burdening*) e le rare volte in cui ci prova si sente goffa e finisce puntualmente per biasimarsi molto per averlo fatto, con l’aspettativa che questo metterà irrimediabilmente a repentaglio le sue relazioni, generando nell’altro solo sentimenti di fastidio, fuga e lontananza. Lei, dal canto suo, invece è sempre solida e disponibile con gli altri, piena di soluzioni e proattiva, e quindi con facilità finisce per diventare un punto di riferimento per le persone intorno a lei che per questo la stimano e la apprezzano, cosa che le piace e la gratifica. Ciò che sembra sentire, però, è che difficilmente potrà esserci qualcuno che faccia la stessa cosa per lei, senza farlo passare come un sacrificio o sentirsene appesantito, e questo la fa soffrire molto.

Francesca, quindi, si comporta con gli altri nel modo in cui avrebbe voluto che la madre si comportasse con lei: è forte e disponibile, empatica, attenta e pronta all’aiuto, tutte cose che non si è sentita legittimata a chiedere nella relazione con il genitore, ma che avrebbe voluto ricevere. La sua difficoltà nel mostrare la propria

sofferenza e il proprio dolore è dovuta al suo associare queste caratteristiche agli atteggiamenti di vittimismo della madre da cui da bambina si è sentita schiacciata e appesantita, con un forte vissuto di trascuratezza di fondo che l'accompagna. Porsi in quel modo per lei inconsciamente significherebbe dare ragione e legittimare i comportamenti della madre. In modo indiretto, però, mantenendo costantemente questo comportamento Francesca finisce anche per esserle simbolicamente leale, essendo sempre pronta a proteggerla a proprie spese. Vedere solo due alternative possibili tra l'ampia gamma di comportamenti che potenzialmente potrebbero essere messi in atto nelle diverse condizioni da una parte sostiene la contro-identificazione: solo mostrandosi sempre forte Francesca consente a sé stessa di essere migliore della madre e di affrontare la vita con un altro piglio, sentendosi in colpa per questo; dall'altra, però, questi aspetti ci segnalano anche la forte valenza autopunitiva ad essi connessa: non concedendosi di essere anche fragile e non chiedendo aiuto Francesca evita anche di concedersi esperienze che per lei potrebbero essere correttive e affettivamente più appaganti, finendo per dare ragione alla madre che è una colpa di per sé essere migliori e che è sbagliato chiedere, e per agire in compiacenza con le sue credenze, fortemente autopunitive, da burdening e responsabilità onnipotente.

Credo che la concettualizzazione della *Control Mastery Theory* sul tema delle identificazioni abbia delle implicazioni terapeutiche molto importanti e preziose, sia per i terapeuti, sia per i pazienti. Per quanto riguarda i terapeuti, penso che avere una cornice teorica chiara su come inquadrare questi aspetti sia operativamente molto utile. Per i pazienti, invece, è liberatorio comprendere il perché continuo a mettere in atto, più o meno consapevolmente, comportamenti così disadattivi e quelle che a volte percepiscono come stramberie, alla luce di un quadro che non li colpevolizza ulteriormente, non li vede mossi da impulsi sadici e istinti di morte, ma al contrario che restituisce loro un senso e un valore adattivo a cose che in apparenza sembrano non averne affatto. Nessuno può tentare di fare pace con la propria storia se sente nel profondo di non averla compresa.

## Bibliografia

- Angrisani, S., Gazzillo, F. (2021). Scegliere il giusto atteggiamento. In F. Gazzillo, *Fidarsi dei pazienti* (pp. 145-160). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Bush, M. (2019). La vergogna. [www.cmt-ig.org/la-vergogna-di-marshall-bush/](http://www.cmt-ig.org/la-vergogna-di-marshall-bush/)
- Foreman, S. A. (2018). Pathological Identification. *Psychoanalytic Psychology*, 35 (1), 15-30.
- Freud, A. (1936). Identification with the aggressor. In *The writings of Anna Freud: The ego and the mechanisms of defense* (Vol. 2, pp. 109–121). New York: International Universities Press, 1966.
- Freud, S. (1909). Family romances. In E. Jones (Ed.), *Collected papers of Sigmund Freud* (Vol. 5, pp. 74–78). New York: Basic Books, 1959.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. In E. Jones (Ed.), *Collected papers of Sigmund Freud* (Vol. 5, pp. 152–170). New York: Basic Books, 1959.
- Freud, S. (1922). *Beyond the pleasure principle*. New York: WW Norton, 1961.
- Freud, S. (1923). *The Ego and the Id*. In J. Strachey (Ed.), SE 19, pp. 3–66. London: Hogarth Press, 1961.
- Freud, S. (1928). Dostoevsky and parricide. In E. Jones (Ed.), *Collected papers of Sigmund Freud* (Vol. 5, pp. 229–231). New York: Basic Books, 1959.
- Gazzillo, F. (2021). *Fidarsi dei pazienti*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.



# Control Mastery Theory Italian Group

---

Klein, M. (1955). On identification. In R. Money-Kyrle (Ed.), *The writings of Melanie Klein Vol III: Envy and gratitude and other works 1946–1963* (pp. 141–175). New York: Macmillan, 1984.

Schafer, R. (1968). *Aspects of internalization*. New York: International Universities Press.

Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works: Process and technique*. New York: Guilford Press.

Weiss, J., Sampson, H., & The Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research*. New York: Guilford Press.