

Note sull'ascolto in ottica CMT

di Francesco Gazzillo ©

Il quadro generale

Quando ascolta un paziente, l'atteggiamento mentale di fondo di un terapeuta CMT si basa sull'idea che si sta rapportando a **una persona normale, sana**, che ha avuto la necessità di sviluppare una **“maschera di patologia”** per **adattarsi** al suo ambiente di sviluppo. Di conseguenza, l'interrogativo principale che guida il suo ascolto è:

“Quali caratteristiche del suo ambiente hanno fatto sì che questa persona sia dovuta diventare come è? E di che tipo di ambiente ha bisogno di fare esperienza per potersi liberare di questa maschera?”

Per rispondere a queste domande, bisogna *ragionare in modo semplice, nei termini dell'esperienza quotidiana, usare tutto il materiale a propria disposizione* e cercare di comprendere prima di tutto quali sono:

- Gli **obiettivi sani e piacevoli** che il paziente vuole, ma non riesce, a raggiungere;
- Le **credenze patogene e i sensi di colpa interpersonali** che, insieme alle manifestazioni di **compiacenza, ribellione** con autopunizione e **identificazione** con i *caregiver* traumatici, lo ostacolano nel raggiungere questi obiettivi;
- I **traumi da shock e da stress** che hanno dato vita a queste credenze e a questi sensi di colpa;
- Il modo in cui mette e metterà alla prova queste credenze e questi sensi di colpa nella relazione con lui e con le altre persone importanti della sua vita (**test**);
- Ciò che il paziente ha bisogno di comprendere di sé e della propria storia per avere un maggior controllo su di sé e padroneggiare meglio i suoi traumi e le loro conseguenze (**insight**).

In altri termini, il clinico deve comprendere prima di tutto **il piano del paziente**, ed è a esso che deve periodicamente tornare a fare riferimento, soprattutto nei momenti difficili di una terapia.

Ciò a cui prestare attenzione

Quando ascolta un paziente, per quanto possa sembrare banale dirlo, il clinico deve prima di tutto prestare attenzione e comprendere nel modo più preciso possibile **il contenuto manifesto delle sue comunicazioni**; è infatti questa la base di partenza necessaria per comprendere quello che si trova dietro, o alla base, di ciò che il paziente pensa e prova. Detto in altri termini, non ha senso elaborare speculazioni sul significato “altro” delle comunicazioni di un paziente se prima non si è compreso il loro significato più immediato. Ciò vale soprattutto per i primi colloqui, e a meno che il carattere poco chiaro delle comunicazioni di un paziente, e la necessità del clinico di tollerare questa confusione, non sia già di per sé un test.

Inoltre, è utile notare il particolare **stile narrativo/cognitivo** del paziente e l’effetto che questo suscita nel clinico, e nelle persone che interagiscono con il paziente. Gli esempi più estremi, e ovvi, sono quello dello stile impressionistico ed emotivo (“isterico”), che pare mirato a suscitare attenzione, commuovere, ravvivare e intrattenere l’altro, e quello iper-dettagliato (“ossessivo”) che pare mirato a persuadere un giudice puntiglioso, a pararsi da critiche e obiezioni, a spegnere le emozioni. Notare questi elementi significa avere materiale per costruire ipotesi rispetto a cosa il soggetto si aspetta o tema dell’altro, cioè ipotesi rispetto alle sue credenze patogene e strategie di testing, oltre che a possibili traumi e obiettivi.

È inoltre utile prestare attenzione a **specifiche parole** che il paziente utilizza, in particolare se a doppio senso o ambigue, errate, ricorrenti, particolarmente evocative,

troppo o troppo poco connotate di affetti, e non trascurare gli **elementi paraverbali**, come i ritmi, i silenzi e le pause (la musica del linguaggio, per così dire) e **non verbali del discorso** (come le espressioni facciali, la postura e i gesti), nel loro intrecciarsi con le parole e gli argomenti, mutare o restare sempre le stesse.

Altro elemento centrale sono **gli affetti che il paziente comunica** (è ben noto a tutti il loro valore comunicativo, evolucionisticamente fondato) e **quelli che suscita o teme di suscitare** nel clinico (stando attenti a non confondere le proprie risposte emotive idiosincratiche con quello che il paziente vuole o si aspetta che il clinico provi, o non provi), e la loro **coerenza o incoerenza rispetto al contenuto e al contesto**.

Ben noti sono i casi di pazienti che sembrano parlare di tutto con lo stesso tono affettivo, ridere parlando di cose tristi, o sembrare tristi quando parlano di cose di cui potrebbero rallegrarsi, indugiare o affrettarsi nel raccontare qualcosa di rilevante, arrabbiarsi quando ci si aspetterebbe che soffrano, o intristirsi quando ci si aspetterebbe che si arrabbino ecc. E non è raro che sia la prosodia del discorso, il comportamento non verbale e gli affetti suscitati nel clinico a segnalare che il paziente si sta identificando con un caregiver traumatico; così come non è raro imbattersi in pazienti che suscitano nel clinico reazioni emotive che sembrano ai suoi stessi occhi incongrue, che riescono a interessarlo anche parlando di cose di poco conto, o che suscitano in lui noia e irritazione anche quando ciò che dicono dovrebbe suscitare interesse o compassione. Come vedremo più tardi, fatta la tara rispetto alle peculiarità della reattività affettiva del clinico, queste “incongruenze” dovrebbero spingere il terapeuta a prestare attenzione alle credenze patogene che il paziente sta mettendo alla prova e, soprattutto, dovrebbe comprendere che, assai probabilmente, il paziente lo sta testando.

Infine, non vanno trascurati **i pensieri e le immagini che le comunicazioni del paziente suscitano nel clinico**. Ma, ancora una volta, non è detto che ciò che al clinico viene in mente abbia a che fare in modo diretto, non mediato dalla sua psicologia, con ciò che il paziente sta pensando. Un nesso di qualche tipo, però, in genere c'è. E quando

clinico e paziente sono in buona sintonia, non è raro che al clinico venga in mente prima qualcosa che il paziente dirà poco dopo.

A cosa prestare particolare attenzione

Mentre osserva e ascolta gli elementi sopra citati, il clinico deve notare:

1) Le **sequenze dei temi** trattati, da cui può ipotizzare *obiettivi, ostacoli e strategie di testing* (ad esempio, se una persona parla prima del dolore e della rabbia che le suscita l'intrusività dei genitori, e poi passa a parlare di difficoltà che vive a instaurare un rapporto intimo con potenziali partner, per poi arrivare a parlare del peso di doveri lavorativi inderogabili, è plausibile che il suo obiettivo sia sentirsi libera di sottrarsi alle ingerenze altrui così da poter vivere rapporti intimi, e che nel perseguire questo obiettivo sia ostacolata dall'aspettativa che l'altro sarà intrusivo e lei non potrà sottrarsi per non venire meno a quello che vive come un dovere, cosa che probabilmente ha appreso nel rapporto con i genitori);

2) La presenza di **elementi invariati e ridondanze** nel modo in cui il paziente fa esperienza dei fatti della sua vita, e nei suoi racconti, è molto utile per comprendere *gli schemi patogeni del paziente* e le situazioni in cui si attivano (nell'esempio proposto sopra, l'invariante centrale è il senso di costrizione, il desiderio di fuga e l'impotenza associati al coinvolgimento in un rapporto o in un lavoro);

3) in modo complementare, **differenze e cambiamenti negli elementi invariati e nelle ridondanze** sono utili per notare cambiamenti desiderati o realizzati e per esplorare cosa li abbia determinati; proseguendo nell'esempio precedente, se nel corso di una seduta il paziente in questione sembra sentirsi molto più libero e a suo agio nella relazione con il clinico, e non riferisce le consuete emozioni di fastidio e i soliti desideri di fuga, allora vi è una differenza, cioè si è in presenza di una relazione intima che *non* si associa a senso di costrizione. A questo punto, il clinico può chiedersi cosa abbia

favorito questo cambiamento, e magari troverà risposta in qualcosa che è stato vissuto, o di cui si è parlato, nella seduta precedente, o in qualcosa che è successo al paziente dopo l'ultima seduta.

4) Infine, va data attenzione anche **alle situazioni e alle persone che suscitano nel paziente sentimenti particolarmente positivi (sicurezza) o particolarmente negativi (pericolo)**, sia per inferire i suoi schemi patogeni e traumi sia, e soprattutto, perché possiamo prendere queste comunicazioni come forme di *coaching*, cioè come indicazioni di cosa è meglio che facciamo per far sentire al sicuro il paziente. In alcuni casi, però, l'incoerenza tra il sentimento riportato e la situazione a esso associata suggerisce la presenza di un test in atto. Solo per fare un esempio: un paziente può dirci di soffrire molto le situazioni in cui non si sente oggetto di attenzione, e questo può indicarci che è opportuno mostrargli attenzione, ad esempio facendogli vedere che ricordiamo le cose di cui ci ha parlato in passato. Se invece ci chiede di dare poca attenzione a ciò che dice, è probabile che ci stia *testando*, e potremmo ipotizzare che equipari l'attenzione ricevuta alla certezza di una critica imminente, o a una richiesta di performance, o ancora che, identificato con un genitore, possa temere di appesantirci richiedendoci attenzione. In questi casi, non dobbiamo seguire letteralmente ciò che sembra chiederci, cioè non dobbiamo dargli poca attenzione, ma cercare di superare il suo test, ad esempio dandogli un'attenzione non critica, non esigente e non appesantita.

Inoltre, come è noto, ci sono alcuni fenomeni clinici che assumono una particolare rilevanza in quanto indicatori di test. Tra essi possiamo citare:

1) Le **interruzioni nel flusso della comunicazione** come un improvviso silenzio, un improvviso e apparentemente inspiegabile cambiamento di umore, una reazione o una comunicazione inattesa, un mutamento inconsueto e apparentemente inspiegabile nel modo di vivere la reazione o nel comportamento e nelle intenzioni manifestate dal paziente;

2) **Incoerenze e gap nelle comunicazioni del paziente**, come una reazione rabbiosa a una domanda il cui unico intento era comprendere meglio qualcosa che il paziente aveva detto; un discorso rilevante solo alluso o lasciato in sospeso; una dimenticanza improvvisa; un'incongruenza tra contenuto del discorso e affetti o comportamento non verbale ecc.;

3) **Esagerazioni e comportanti illogici o autodistruttivi**, come assenze o ritardi ripetuti, o viceversa una puntualità estrema e costante; un atteggiamento sempre deferente o ribelle; una reattività emotiva improvvisamente estrema o particolarmente spenta; decisioni chiaramente lesive del proprio benessere; agiti autosabotanti ecc.

4) **Richieste esplicite o implicite, da parte del paziente, di fare qualcosa o che l'analista faccia qualcosa**, da uno spostamento o un recupero di una seduta, allungare o ridurre il tempo della seduta, vedersi al di fuori del setting o sentirsi al di fuori delle sedute, ricevere un aiuto concreto rispetto a qualche compito, richiedere un contatto fisico, ridurre il numero di sedute o la loro durata ecc.

5) **La sensazione forte che, in una situazione del genere, bisogna fare qualcosa**, o di essere spinti dal paziente a fare qualcosa;

6) La presenza di **agiti**, dentro o fuori le sedute;

È bene chiarire che nessuno di questi elementi di per sé è indicativo di una particolare risposta che il clinico *deve* dare, perché la comprensione di quale sia la risposta pro-plan passa per la comprensione dell'obiettivo che il paziente sta cercando di raggiungere, della credenza che sta mettendo alla prova e del modo in cui le sta mettendo alla prova. Questi elementi sono solo indicatori del fatto che la dimensione di testing è centrale nel comportamento del paziente in quel momento.

Infine, è essenziale che il clinico presti grande attenzione alle **reazioni del paziente alle sue comunicazioni, alle sue risposte, al suo atteggiamento e al suo approccio complessivo**, prima di tutto alla presenza o assenza di miglioramenti nel giro di qualche settimana, se non nell'immediato. In ultima analisi, possiamo capire se siamo sulla

strada giusta se, nell'immediato o nel giro di qualche settimana, il paziente riesce a lavorare di più al raggiungimento dei suoi obiettivi e alla disconferma delle sue credenze, se è meno teso, ansioso o depresso, se si comprende meglio, se recupera materiale prima rimosso o comunque non consapevole, se si coinvolge di più nel proprio lavoro terapeutico, se diventa più coraggioso e ci testa in modo più forte ecc.

Oscillare tra assetti mentali e “messe a fuoco” diverse

Per cogliere al meglio gli elementi del piano su cui un paziente sta lavorando in un certo momento della sua terapia, è molto utile che il clinico **oscilli tra un atteggiamento di comprensione** empatica del vissuto del paziente (*in prima persona*), un'attenzione a ciò che il paziente suscita in lui e nei suoi altri significativi (*in seconda persona*) e un atteggiamento più distaccato, una comprensione da una prospettiva “esterna” (*in terza persona*); tra un'attenzione focalizzata ai contenuti specifici su cui il paziente sta lavorando in quel momento e un'attenzione orientata su quelli su cui il paziente ha lavorato nell'ultimo periodo di terapia – insomma, **il clinico deve saper oscillare tra uno zoom e una prospettiva più “panoramica”**.

Per potersi muovere in questo modo, e non solo per questo, è molto importante che il clinico sia sufficientemente **a proprio agio nel suo setting terapeutico e riesca a trovare il modo di essere se stesso mentre lavora**. Deve essere il più possibile “comodo” e sentirsi il più possibile al sicuro, di modo che a “turbarlo” siano solo le comunicazioni e il testing del paziente. *Deve essere sensibile come la corda di un buono strumento musicale, pronto a risuonare internamente in accordo con il “tocco” del paziente, e al tempo stesso sufficientemente lucido e mentalmente attivo da riuscire a pensare a quale sia la cosa migliore da fare o dire in quel momento, laddove il riferimento privilegiato che deve avere è solo il piano del paziente.*

Mentre ascolta, il clinico dovrebbe inoltre cercare di sviluppare un'idea possibilmente chiara e articolata di (1) le esperienze di cui il paziente sta parlando o che vive e (2) i pensieri, le emozioni e i comportamenti che queste esperienze hanno suscitato in lui. Se non è il paziente a fornirli autonomamente queste informazioni, è spesso molto utile che il clinico chieda **esempi/episodi concreti e specifici** che illustrino ciò di cui il paziente sta parlando. Questi eventi possono essere presi come tali, ma più spesso vanno intesi come “scene modello” da cui è possibile inferire gli **schemi patogeni** del paziente (le sue credenze, gli affetti relativi e le strategie di testing). Inoltre, non di rado le invarianti di questi eventi possono permetterci di ipotizzare, o possono rimandare a, i **traumi** dei pazienti.

In sintesi

Ancora una volta, un ascolto CMT si basa sul presupposto che le persone siano motivate ad adattarsi al meglio, a realizzarsi come individui e nelle relazioni; che perseguano obiettivi sani, realistici e piacevoli e lo facciano tanto per mezzo della loro mente conscia quanto inconsciamente, essendo dotati di raffinate funzioni mentali superiori inconscie ed essendo in grado di esercitare un controllo, conscio e inconscio, sulla propria vita mentale, a patto che si sentano sufficientemente al sicuro. E che vengano in terapia proprio per stare meglio, per padroneggiare meglio i loro problemi e i loro traumi, per disconfermare le credenze patologiche che le ostacolano, per realizzare pienamente le loro potenzialità e peculiarità. E che, in terapia, cercano di farci capire ciò di cui hanno bisogno e ci mettono alla prova per vedere se siamo in grado di dargli questo, se riusciamo a farle sentire sufficientemente al sicuro per permetterle di funzionare al meglio.