

Su alcune sedute “confuse”

di Francesco Gazzillo ©

Quello che sappiamo, e che è stato empiricamente verificato (Weiss et al., 1986; Weiss, 1993), è che *il superamento di un test, così come un intervento pro-plan*, tende a suscitare nel paziente *un maggior senso di sicurezza*, lo rende *più coraggioso, più coinvolto* nella relazione con il terapeuta e nel processo terapeutico, *meno depresso, meno ansioso, più rilassato, più disposto a portare alla luce materiale in precedenza rimosso* o comunque escluso dalla coscienza, *più elaborativo*, più attivo nel tentativo di *raggiungere i suoi obiettivi*, più *capace di insight* e più disposto a rischiare *testando il terapeuta in modo più vigoroso*.

Sappiamo, inoltre, che tutto ciò non accade in presenza *di test falliti, o di interventi anti-plan*, che lasciano *il livello di ansia e depressione del paziente intatto, se non lo fanno aumentare*, e di certo *non rendono il paziente più coraggioso o coinvolto nel processo terapeutico, né facilitano l'emergere e l'elaborazione di materiale precedentemente rimosso, l'acquisizione di nuovi insight o un maggior coraggio*.

Cosa succede quindi, in genere, dopo un test fallito o un intervento che non è in linea con il piano del paziente, o che è ambiguo o irrilevante rispetto a esso?

Weiss (1993, pp. 104-106, pp.117-119) diceva che i pazienti, in queste circostanze, possono avere risposte molteplici che vanno da una *riproposizione del test* a una *risposta poco entusiasta*, dal *silenzio un po' “vuoto”* al *cambiare argomento o modo di testare*, dal *fare coaching* al terapeuta, fino ai casi più estremi in cui la terapia può finire in una *impasse*, il paziente può *abbandonare la terapia* o il *perseguimento di obiettivi sani*, magari *per compiacere il terapeuta*.

Lavorando sui trascritti di sedute e nel corso delle supervisioni, però, ho notato un'altra possibile reazione del paziente a un terapeuta non sintonizzato con il suo piano. Se infatti un paziente ha l'impressione che il terapeuta non riesca a comprendere il

problema su cui vorrebbe lavorare, cioè l'obiettivo che vorrebbe raggiungere, la credenza patogena da cui è ostacolato e il modo in cui vorrebbe essere aiutato, quello che può fare è anche *cercare di capire se il terapeuta è in grado di comprenderlo e aiutarlo rispetto a qualche altro problema*. Detto in altri termini, il paziente può provare a lavorare su altri obiettivi e credenze patogene, mentre cerca di capire se il terapeuta riesce a seguirlo rispetto a questi altri temi.

Il risultato di questi sforzi, se il terapeuta non riesce a sintonizzarsi con il paziente, è una seduta apparentemente confusa, di cui si fa fatica a comprendere quale sia "il punto". È come se il paziente "vagasse" tra vari argomenti apparentemente poco collegati tra loro, senza che in questo vagare vi sia un filo conduttore evidente. E, in alcuni casi, gli interventi del terapeuta possono addirittura attivare in modo iatrogeno credenze patogene sui cui, in quel momento, il paziente non vorrebbe lavorare.

Un esempio clinico

La paziente, che chiameremo Olivia, inizia la seduta 26 della sua analisi parlando di come, la sera prima, sia riuscita a farsi rispettare dal marito senza perdere le staffe come fa di solito - cosa che poi la fa sentire in colpa - ma restando sicura di sé e decisa. Il marito, non trovando del ghiaccio nel freezer si era spazientito e aveva buttato a terra tutto quello che aveva trovato; a quel punto lei aveva preso il cassetto delle camicie del marito dall'armadio e gli aveva detto che adesso avrebbe buttato a terra le sue camicie per fargli capire che non aveva alcuna intenzione di raccogliere i cibi del freezer che lui aveva buttato a terra. E non avrebbe raccolto le cose che lui aveva buttato a terra dal freezer se non quando ne avrebbe avuto voglia. Il marito, a quel punto, aveva rimesso a posto le sue camicie e aveva anche rimesso nel freezer le cose che aveva gettato a terra. Allora lei gli aveva detto che gli avrebbe portato il cubetto di ghiaccio che voleva. E si

era sentita orgogliosa del modo in cui aveva gestito la situazione, senza piegarsi al volere del marito e senza andare in escandescenza. Successivamente aveva condiviso la sua sensazione di orgoglio con il marito, che aveva riso con lei.

Subito dopo racconta, dicendo che secondo lei il tema è lo stesso, che era riuscita a chiamare l'estetista che le aveva applicato delle ciglia finte per farsene sistemare una che era caduta subito, e che gli aveva chiesto di applicarle una ciglia nuova senza essere sgradevole, ma semplicemente perché voleva che la cosa fosse fatta. Poi precisa che è soddisfatta di sé perché è riuscita in entrambe le situazioni a ottenere quello che vuole – a esercitare un potere – senza essere sgradevole, e che lo ha fatto perché sapeva di avere ragione. E, a questo punto, fa il suo primo test all'analista, dicendo che vuole provare a fare così anche in una situazione in cui non è certa che sia la cosa giusta da fare. Ma vuole provarci.

Leggendo il piano della paziente, notiamo che tra i suoi obiettivi vi sono “sentirsi in diritto di chiedere e ricevere ciò che si merita”, “non assumersi la responsabilità dei problemi delle persone”, e che tra le credenze patogene che la ostacolano vi sono “*se chiedessi che i miei bisogni venissero soddisfatti, le persone che amo ne sarebbero appesantite*” (1) e “se non mi assumessi la responsabilità del benessere delle altre persone per pensare al mio, loro ne soffrirebbero terribilmente”. È dunque chiaro che la paziente stia proponendo al terapeuta un test di transfert per ribellione, ed è molto probabile che la credenza testata sia in primis quella relativa al chiedere che i suoi bisogni vengano soddisfatti.

L'analista, però, non dice nulla.

A questo punto, la paziente racconta di come il figlio, che aveva da poco finito un'analisi, avesse avuto degli incubi quella notte, e parlando con lui lei aveva pensato che quegli incubi fossero connessi al viaggio di vacanza che lei e il marito stanno per fare, e di cui lei è entusiasta, e si dice rasserenata dal fatto che, parlando con il figlio, ha capito che lui ha paura che loro possano morire in volo, ma non è angosciato dalla

separazione di per sé, quindi non dovrebbe aver problemi ad andare in campeggio come programmato perché se è lui a partire non avrà paura che i genitori possono morire in viaggio; e se poi avesse paura, loro potrebbero andare a prenderlo. A questo punto, resta 25 secondi in silenzio.

Con questa comunicazione, la paziente sembra voler attirare l'attenzione dell'analista sulla credenza patogena che associa l'appagare i suoi bisogni (il viaggio) al far soffrire una persona che ama (il figlio), sottolineando come il benessere del figlio sia la sua prima preoccupazione. Anche a questa comunicazione, che sembra un po' più centrata sulla credenza patogena *“se non mi assumessi la responsabilità del benessere delle altre persone per pensare al mio, loro ne soffrirebbero terribilmente”* (2), che si profila come un altro test di transfert per ribellione, il terapeuta non risponde.

Quindi la paziente passa a parlare della sua eccitazione per il viaggio che sta per intraprendere, di come non abbia quasi dormito (forse anche per il troppo tè e caffè che sta bevendo), e di come, mentre di solito è molto organizzata, questa volta abbia tirato fuori tutti i suoi vestiti dall'armadio e li abbia portati in salotto senza ancora metterli in valigia, e poi abbia provato a telefonare a varie amiche e abbia raccontato a quella che le ha risposto di quanto fosse eccitata, aggiungendo *“devi assecondarmi”*. A quel punto, chiede all'analista se conosca la lingua che si parla nel paese in cui sta per andare.

Questa domanda sembra un nuovo test di transfert per ribellione rispetto alla prima credenza patogena, quella relativa al diritto di chiedere e ottenere ciò che vuole. La paziente sembra cioè chiedere all'analista – con un coaching abbastanza chiaro – di farla sentire in diritto di essere felice per il suo viaggio, di *“assecondare”* la sua eccitazione. E lui le risponde, prendendo il test come una domanda di fatto, *“No, non conosco quella lingua”*.

A questo punto la paziente aggiunge che gli ha fatto quella domanda perché la sera prima non ricordava come si coniugasse in quella lingua il verbo andare; per quattro ore si era depilata le gambe con un'amica, e poi, tornata a casa, aveva fatto la stessa

domanda al marito, che non le aveva risposto e si era innervosito con lei perché prima era stata tanto tempo fuori casa e poi aveva iniziato a fargli domande. A quel punto lei aveva deciso di prendere un Valium per dormire e poi aveva fumato una sigaretta e cercato, senza successo, la risposta alla sua domanda su un libro. E dice che vuole imparare a parlare bene quella lingua. Poi resta un po' in silenzio.

Di nuovo, prova a far capire all'analista che avrebbe bisogno che lui la sostenesse rispetto a quell'entusiasmo e al diritto di appagare i suoi bisogni, mentre lui, come il marito, non lo sta facendo. Ma lei non sembra aver rinunciato.

L'analista continua a restare in silenzio, e lei racconta che la settimana prima era rimasta affascinata dal riemergere, in tutta la loro forza, dei dolorosi sentimenti adolescenziali di non essere amata, apprezzata e cercata dagli uomini, e aggiunge che questa è una cosa della psichiatria che la affascina, "è una bomba". E resta circa 15 secondi in silenzio.

Questa comunicazione da una parte sembra il tentativo di ri-trovare un analista che la aiuti facendo riferimento a qualcosa di cui avevano parlato in precedenza, come a vedere se su quel tema lui riuscisse a stare al suo fianco, dall'altra sembra un coaching, un modo per chiarirgli che non si sente amata e apprezzata da lui. Insomma, la paziente si sposta verso un'altra credenza patogena del suo piano – "*non merito di essere trattata bene e amata, non valgo nulla*" (3), e propone un altro test di transfert per ribellione.

Anche in questo caso, però, l'analista resta in silenzio.

A questo punto la paziente dice, vergognandosene, che ha raccontato un segreto di una sua amica a delle colleghe, e anche senza che lei dicesse come si chiamava quest'amica, le colleghe avevano capito di chi si trattasse, e poi, senza soluzione di continuità, parla di come un'altra collega le abbia inaspettatamente fatto un regalo di buon viaggio, cosa che le aveva fatto molto piacere. E resta in silenzio 36 secondi.

In questa sequenza sembra abbastanza chiaro che la paziente stia testando il terapeuta per ribellione, cercando di capire se anche a suo parere può "*essere più spontanea*" (4),

se può “*non essere sempre performante e perfetta*” (5), senza che questo implichi che altri ci soffrano o non le vogliano bene. Ma, ancora una volta, il terapeuta resta in silenzio.

Fino a questo momento, e siamo a metà seduta, la paziente ha testato per ribellione cinque diverse credenze patologiche, tutte coerentemente connesse tra loro, e l’analista non ha mai superato i suoi test. La paziente vorrebbe sentirsi libera di chiedere e ottenere ciò che merita, di essere spontanea, di non essere sempre performante e perfetta e di essere amata così come è, senza doversi occupare sempre prima del benessere altrui. Ma sembra che l’analista non la capisca.

Ora la paziente torna a parlare del fatto che a volte si sente brutta, e di come alcune amiche la rassicurino che questo non è vero, cosa che a lei fa piacere, e poi fa un test piuttosto forte all’analista: vuole sapere se, anche a suo parere, una persona “media” come lei, che come lei aspira al massimo, non sia di fatto più frustrata di una persona francamente al di sotto della media che aspira al massimo, e questo per il semplice fatto che una persona “media” si rende conto di non essere lontanissima dalla meta, ma non riesce a raggiungerla. E chiarisce che la cosa riguarda il suo sentirsi desiderabile e attraente. Da ragazza era spesso frustrata perché non riusciva a godere delle attenzioni di ragazzi che non trovava attraenti e non riusciva a conquistare quelli che le piacevano davvero, i più belli. E per aiutare l’analista a comprendere quello che voleva, aggiunge che lei ha sempre detto alla sorella una cosa che la madre diceva a lei: “Quando un ragazzo orribile ti chiede di uscire, anche se è stupido, grasso, brufoloso, o demente o ritardato, anche se ha tutto ciò che possa renderlo poco desiderabile, non provare sentimenti negativi, non devi uscirci se non vuoi, ma è sempre un complimento perché gli occhi di tutti vedono la stessa cosa, e se qualcuno ti vede e pensa che sei carina e gli piaci, questo è sempre un complimento”. E aggiunge che continua a chiedersi se sia stupida a non accontentarsi. Quindi, di fatto, torna al punto iniziale, alla credenza patologica per la quale non può sentirsi in diritto di chiedere ciò di cui ha bisogno perché,

se lo facesse, le persone che ama, la madre in primis, la criticerebbero. E testa, allo stesso tempo, anche la credenza di non meritare amore e apprezzamento. E resta per 35 secondi in silenzio.

A questo punto, torna a chiedere all'analista dove sia stato in vacanza, una domanda che gli fa circa una volta a settimana da qualche tempo, senza che l'analista le abbia mai risposto. Come a dire: se ti faccio una domanda/richiesta, tu legittimi il mio diritto a ottenere ciò che voglio? E: pensi che meriti la tua considerazione?

L'analista, fedele alle regole dell'analisi classica, non le risponde, ma cerca di esplorare con lei il motivo di quella domanda, anche perché trova curioso il suo interesse per "una misera settimana di vacanza". Con questo commento, l'analista sembra fallire in due modi diversi il test della paziente: 1. Non rispondendole, e 2. Svalutando una vacanza mentre, come la paziente gli fa prontamente notare, "le vacanze sono belle, sono sempre meravigliose. A me piacciono. (D'altra parte, la paziente aveva detto più volte di essere "eccitata" per la sua vacanza). Magari lei è stato in un posto in cui io non sono mai stata e che mi potrebbe piacere – aggiunge la paziente - per cui magari potrei volerci andare anche io. A me piace che le persone mi parlino di tanti posti diversi. Perché esita tanto nel dirmelo?" Insomma, la paziente non molla, e l'analista continua a chiederle perché questa cosa le interessi tanto, e la paziente dice che magari avrebbe delle idee sui posti in cui andare negli anni a venire, e poi aggiunge "okay, facciamo come dice lei". L'analista a questo punto dice: "Forse vuole seguirmi, come ha fatto nella sua fantasia con la sua amica", alludendo a un'amica che le aveva proposto di andare con lei in vacanza, e la paziente lo corregge: "Quella non era una fantasia ... io voglio davvero andarci con mio marito".

A quel punto l'analista annuisce, e la paziente ribadisce che non andrebbe mai in un posto in cui non vuole andare, ma che per capire se un posto le interessa deve saperne qualcosa, per cui chiede per avere nuove idee su posti in cui potrebbe voler andare. Come a chiarire la sua posizione e a rimettere l'analista "sulla strada giusta". E

aggiunge che quando è andata a fare dei viaggi con degli amici, dopo che questi le avevano raccontato del luogo in cui si stavano recando, si è anche fatta il problema che la sua presenza avrebbe potuto arrecare loro fastidio, ma il marito l'ha rassicurata. E resta 21 secondi in silenzio.

Di nuovo, in forma più chiara, un test di transfert per ribellione relativo alla credenza che appagare i suoi bisogni significa appesantire gli altri, cosa non vera. E l'analista resta ancora in silenzio. Al che la paziente gli spiega che chiunque, sapendo da qualcuno che sta per andare in vacanza, gli chiederebbe dove stia andando, che a lei questo sembra normale, solo che all'inizio ha avuto paura che lui sarebbe stato infastidito da questa domanda, aveva temuto che lui avesse potuto trovarla indiscreta, per cui non l'ha fatta subito e così la curiosità è cresciuta. E, ridendo, dice che la cosa le sembra divertente, in evidente imbarazzo. Resta 24 secondi in silenzio, e anche l'analista, poi dice: "Mi sento stupida, frivola...Vorrei continuare a dire cose stupide e divertenti (9 secondi di silenzio). Il fatto che l'analista abbia fallito il suo test ha accresciuto il suo livello di ansia.

A questo punto, la paziente dice che sta facendo di tutto per essere il più spontanea possibile, senza nascondersi o difendersi – cioè prova a testare la credenza per cui se è spontanea, e non sempre performante e perfetta, le altre persone la criticerebbero e, in fondo, ci soffrirebbero - e resta 17 secondi in silenzio. L'analista non dice nulla.

Al che lei passa a dire che quello dell'analista è un lavoro bellissimo perché implica avere a che fare con tante persone diverse, poi parla di come lei prenda dei modi di dire di alcune sue amiche e li riproponga per un po', fino a trovarne altri, e poi di nuovo sembra cercare di compiacere l'analista chiedendogli come faccia a capire i modi di dire di tutti i pazienti, a capire ciò che vogliono dirgli. Per la verità, è probabile che abbia paura a dirgli che non la capisce, a chiedere di più, per cui questa domanda, seguita da 46 secondi di silenzio, può essere letta con un test di transfert per compiacenza rispetto

tanto alla credenza di non poter chiedere ciò di cui ha bisogno quanto alla credenza del doversi occupare prima di tutto del benessere altrui.

Da parte dell'analista, ancora silenzio.

E la seduta si chiude con lei che dice all'analista di temere che lui la giudichi negativamente, che la reputi frivola per i desideri che ha, per poi chiedergli se abbia ancora voglia di essere il suo dottore, perché lei non vuole nascondersi né essere giudicata male.

Se in genere una “buona seduta” o “un buon periodo” di terapia, ruota attorno alla disconferma di una o poche credenze patogene, in questa seduta la paziente sembra lavorare su almeno 5 credenze diverse. E la confusione che questo genera da un certo momento in poi è la conseguenza di ciò. Ma, e questa è l'ipotesi che vorrei proporre, la paziente lavora su più credenze perché capisce che l'analista non riesce a cogliere e a darle ciò che gli sta chiedendo – sentirsi in diritto di chiedere e ottenere ciò che desidera. Il silenzio dell'analista, e il suo fallimento nel superare i test della paziente, portano quest'ultima a cercare un tema rispetto a cui l'analista possa aiutarla; lavora su varie credenze interrelate, e torna più volte su quella centrale, sperando che prima o poi l'analista lo colga, e gli fa anche varie comunicazioni di coaching.

Questo tipo di confusione è diversa da quella dei pazienti borderline (Gazzillo, Mellone 2016) perché le credenze testate sono tutte coerentemente interrelate tra loro; non sono contraddittorie, ma sinergiche, e la strategia di testing scelta dalla paziente è unica – fa tutti test di transfert per ribellione. Peraltro, a differenza di quanto spesso fanno i pazienti borderline, i test che la paziente propone sono tutti mediati dalle parole, mai agiti. Al massimo, fa una domanda/richiesta più “personale” al terapeuta.

Infine, credo anche che questo tipo di confusione sia diversa dalla confusione come strategia di testing. La paziente, infatti, cerca sempre di farsi capire, e ci riesce quasi sempre, quando racconta di un evento, dei suoi pensieri o dei suoi sentimenti. Quello che può essere confusivo è l'apparente mancanza di un nesso tra i vari temi di cui parla, anche se il suo periodico tornare al desiderio di sentirsi in diritto di chiedere e ottenere ciò che si merita è il segno di quale sia il tema di fondo. Ma, come detto, questa apparente confusione sembra la conseguenza delle difficoltà dell'analista a capire ciò che vuole e darglielo. E nulla che riguardi la chiarezza, o la confusione, è presente nel suo piano.

In sintesi, e questa è l'ipotesi che propongo, questo tipo di confusione è espressione del tentativo dei pazienti di trovare un obiettivo, una credenza patogena e/o una strategia di testing rispetto al quale l'analista riesca a sintonizzarsi, e si presenta quando l'analista sembra assente, fuori focus o esplicitamente anti-plan.

Una strategia alternativa che i pazienti possono adottare quando si accorgono che il loro analista non riesce a superare i test che gli propongono rispetto a una loro credenza patogena è quella di modificare la propria strategia di testing, da test per compiacenza a test per ribellione, o a test da passivo in attivo; o, ancora, da test "raccontati" a test "agiti" e viceversa. Ma questo argomento merita forse un altro paper.