

Le reazioni alle separazioni: il contributo della Control-Mastery Theory

di Martina Calabrò ©

Una delle maggiori fonti di angoscia per l'essere umano, come per molti mammiferi, è la separazione dalle proprie figure di riferimento.

Secondo la teoria dell'attaccamento, il fatto che un bambino (o un adulto) si trovi in uno stato di sicurezza, o di angoscia e dolore, è determinato, tra le altre cose, dall'accessibilità e dalla responsività delle sue figure di attaccamento. Quando si separano dalle figure di attaccamento, i piccoli provano disagio e mostrano una sequenza comportamentale tipica: all'inizio protestano con energia e cercano di recuperare la madre; poi si disperano e cercando di riconquistarne la vicinanza; più tardi sembrano perdere interesse e appare emotivamente distaccati da lei. Se il periodo di separazione non è troppo lungo, però, il bambino non rimane indefinitamente distaccato, e presto o tardi la ricerca della vicinanza con la figura di attaccamento riappare. Inoltre, tutte le volte che ha l'impressione di poterla perdere ancora, manifesta un'angoscia acuta (Bowlby, 1975).

Nel contesto della teoria freudiana, nessun oggetto viene mai cercato per sé stesso, ma solo in quanto utile ad appagare le pulsioni del soggetto: il bambino cercherebbe quindi la madre solo in quanto quest'ultima contribuisce a ridurre le tensioni che nascono dalle pulsioni non soddisfatte, e ne sente la mancanza solo perché teme di non poter più scaricare questa tensione. Secondo Freud (1925), infatti, una delle principali fonti di angoscia è quella di perdere l'oggetto e di essere vittima della sensazione di impotenza psichica che consegue al montare delle pulsioni. Secondo la teoria dell'attaccamento, invece, la tendenza a cercare la prossimità con le figure di attaccamento, in particolare nei momenti di dolore e paura, e a temere la separazione da queste figure, non è infantile, bensì una disposizione naturale che accompagna l'essere umano (e non solo) dalla culla alla tomba. Ciò che è patologico non è tanto la presenza di quest'angoscia, ma la sua assenza o il suo carattere insolitamente forte e permanente.

La figura di attaccamento, però, non deve solo essere accessibile, ma deve avere anche la volontà e la capacità di rispondere con una sensibilità adeguata. Un individuo che può confidare nel fatto che la sua figura di attaccamento sarà disponibile tutte le volte che lo desidera sarà meno propenso ad avere paura

intensa o cronica nelle relazioni rispetto a chi non abbia tale fiducia. La fiducia nella disponibilità delle figure di attaccamento si costruisce fin dall'infanzia nelle esperienze reali con i caregiver, e le aspettative che si sviluppano in questo periodo di vita tendono a persistere. Al tipo di previsione circa la disponibilità delle figure di attaccamento è inoltre legata il tipo di credenze che la persona sviluppa su di sé e sugli altri e la maggiore o minore suscettibilità a reagire con paura di fronte a situazioni potenzialmente allarmanti (Bowlby,1975).

Le previsioni del bambino su come le figure di attaccamento si comporteranno verso di lui sono, perciò, delle deduzioni tratte dalle sue esperienze del comportamento dei caregiver stessi nel passato. Un individuo cresciuto in una famiglia sufficientemente buona, con genitori normalmente affettuosi, che ha sempre sentito la presenza affidabile di persone a cui chiedere assistenza, consolazione e protezione, ha la relativa sicurezza, perlopiù inconscia, che tutte le volte in cui potrà trovarsi in difficoltà vi saranno figure fidate che gli verranno in aiuto. Si accosterà al mondo con fiducia e, quando incontrerà situazioni potenzialmente allarmanti, probabilmente sarà in grado di affrontarle e di farsi aiutare ad affrontarle. Altri, cresciuti in circostanze diverse, potrebbero non sapere cosa significa avere figure che prestano cure e sostegno o, nella migliore delle ipotesi, il fatto che la figura di attaccamento risponda proteggendo e accudendo è per loro un'eventualità incerta. Non sorprende che questi individui, una volta adulti, spesso non credano che possa esistere una figura veramente disponibile e fidata che si prenda cura di loro. Ai loro occhi il mondo appare imprevedibile e desolato e possono reagire evitando le relazioni di attaccamento oppure opponendovisi (*ibidem*).

Anche nell'ottica della Control-Mastery Theory la ricerca e il mantenimento di un legame stabile e sicuro con i caregiver è essenziale ai fini dell'adattamento del bambino (Gazzillo, 2016; Silberschatz, 2005; Weiss, 1993; Weiss, Sampson & The Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986). Preservare il legame con le figure di riferimento è dunque una motivazione tanto fondamentale che, talvolta, per appagarla gli esseri umani possono rinunciare alla propria realizzazione personale. Ed è proprio nel contesto delle relazioni reali con i nostri familiari che apprendiamo, in modo implicito e inconscio, le regole che organizzano la nostra realtà materiale e sociale e le norme morali che regolano le nostre relazioni. Fin dall'inizio della nostra vita, per sopravvivere, abbiamo inoltre bisogno di costruirci un insieme di conoscenze affidabili il più possibile coerenti, su noi stessi, sugli altri e sulla

realtà, che fungano da guida nel nostro mondo interpersonale e non. Queste credenze rappresentano ciò che per una persona è la realtà, indicano come ci si deve comportare o cosa ci si può aspettare, mediano le manifestazioni del temperamento e delle motivazioni e guidano l'adattamento. Poiché le credenze si costruiscono sulla base delle esperienze che l'individuo fa e degli esempi e insegnamenti che riceve, quando si trova al cospetto di esperienze traumatiche l'individuo cerca di capire cosa sia successo, come abbia contribuito a quanto accaduto e cosa possa fare in futuro per evitare nuovi traumi analoghi. Spesso, le credenze sviluppate in risposta ai traumi finiscono però per essere patogene. Una credenza viene definita patogena quando associa il perseguimento di un obiettivo sano e piacevole a una situazione di pericolo che può essere interno (sentimenti di colpa, vergogna, umiliazione ecc.) o esterno (qualcosa di negativo che accade al soggetto o a qualcuno per lui rilevante) e può riguardare il sé, un altro significativo o la relazione con questo altro. E un ruolo centrale nella costruzione di credenze patogene è svolto proprio dal bisogno che i bambini hanno di conservare un legame con i caregiver vissuti come buoni, forti, saggi, giusti. Perciò, in caso di disaccordo con i caregiver, o in presenza di maltrattamenti, abuso e trascuratezza, il bambino svilupperà delle credenze che spieghino queste situazioni attribuendone a se stesso la responsabilità; inoltre, ogni bambino ha bisogno di vedere che i genitori stanno bene con lui, perciò, in caso di conflitto, il bambino finisce per pensare che lui ha torto e i genitori ragione e, se pensa di essere la causa della loro sofferenza, si sente profondamente colpevole. I bambini vivono ciò che sono, dicono e pensano i genitori non solo come un dato di fatto ma anche come un imperativo morale: per un bambino, la realtà dei familiari e la moralità coincidono. I caregiver insegnano ai figli sia come le cose sono, sia come devono essere, e il modo in cui il bambino viene trattato diventa un insegnamento su come merita di essere trattato e come trattano gli altri è un insegnamento su come gli altri vanno trattati. Infine, i bambini sono egocentrici, cioè hanno difficoltà ad osservare la realtà da una prospettiva diversa dalla propria, hanno un pensiero illogico, caratterizzato da processi di attribuzione causale scorretta e ipergeneralizzazione. E tutte queste caratteristiche del funzionamento psichico infantile influenzano la costruzione delle credenze patogene.

Ansia da separazione e relazione terapeutica

Nella teoria dell'attaccamento il terapeuta viene visto come un compagno del paziente nell'esplorazione che il paziente fa di sé stesso e delle proprie esperienze. Come scrive Bowlby (1988, p.146):

“Mentre alcuni terapeuti tradizionali potrebbero essere descritti come persone che adottano l'atteggiamento “Io lo so; io te lo dico”, la posizione che io sostengo è del tipo “Tu lo sai, dimmelo””.

Bowlby ritiene che il clinico abbia cinque compiti fondamentali.

1) Il primo è *fornire al paziente una base sicura* da cui partire per esplorare gli aspetti dolorosi della sua vita, molti dei quali potrebbero essere difficili da riconsiderare senza un compagno di cui si abbia fiducia e che fornisca sostegno, comprensione e incoraggiamento.

2) Il secondo è aiutare il paziente a *prendere in esame il modo in cui intreccia relazioni* significative nella sua vita attuale, quali aspettative abbia nei confronti dei propri sentimenti, dei propri comportamenti e nei confronti di quelli di altre persone, di quali tendenze inconsce possa essere portatore quando sceglie una persona con cui intrecciare una relazione intima.

3) Il terzo è aiutare il paziente a prendere in esame *la relazione con il terapeuta*, relazione in cui vengono portate tutte quelle costruzioni e aspettative sui comportamenti che una figura d'attaccamento mostrerà nei suoi confronti e che si originano da ciò che gli dettano i suoi modelli operativi interni di sé e dei genitori.

4) Il quarto è incoraggiare il paziente ad *esaminare quanto le sue attuali percezioni e aspettative siano un prodotto delle situazioni incontrate nell'infanzia o nell'adolescenza*, specialmente con i genitori, o siano il prodotto di quanto gli è stato detto ripetutamente.

5) Il quinto è rendere il paziente capace di *riconoscere che i suoi modelli di sé e degli altri, derivati da passate esperienze dolorose o da messaggi distorti provenienti da uno o entrambi i genitori, possono o non possono essere appropriati* nel suo presente, oppure che, in realtà, non sono mai stati appropriati o giustificati; a questo punto il paziente inizierà a capire cosa l'ha condotto a vedere il mondo, se stesso e a pensare e agire come fa.

Tuttavia, se un terapeuta non dà al paziente la possibilità di sentire un certo grado di *sicurezza*, la terapia non può avere inizio. Il compito più importante, infatti, è fornire al paziente una base sicura da cui esplorare ed esprimere i propri sentimenti e pensieri; in questo senso il ruolo del terapeuta è analogo

a quello di una madre che fornisce al figlio una base sicura da cui esplorare il mondo. Il terapeuta si impegna a essere affidabile, attento, a rispondere con comprensione alle esplorazioni del paziente e ad essere empatico. Allo stesso tempo, il terapeuta sa che il paziente, a causa delle sue esperienze negative passate, potrebbe non credere che il terapeuta lo accolga e si comporti gentilmente; oppure, quelle risposte comprensive inattese potrebbero indurlo a credere che il terapeuta fornirà quelle cure e quell'affetto che non ha mai avuto e che il terapeuta sia pronto a fornire più di quanto sia realistico.

Il senso di sicurezza (Weiss,1993; Gazzillo, 2016) è centrale anche per la Control-Mastery Theory. Le persone, infatti, sono in grado di controllare, in modo consapevole e inconsapevole, la propria vita mentale conscia e inconscia, e sono intrinsecamente motivate ad adattarsi alla realtà, a padroneggiare i propri traumi e i propri problemi. Per farlo hanno però bisogno di sentirsi al sicuro e di sentire che sono al sicuro le persone per loro importanti. Quindi, la prima cosa che deve fare un terapeuta è far sentire al sicuro i propri pazienti, comprendendo di cosa abbiano bisogno per sentirsi sicuri e darglielo.

Nonostante la compatibilità tra Teoria dell'Attaccamento e Control Mastery Theory, una differenza rilevante è che nel modello di Weiss (1993) i pazienti cercano in modo attivo, per quanto inconscio, esperienze emotive correttive specifiche che possono aiutarli a star meglio, e vogliono padroneggiare i traumi che hanno subito nella vita e avere un controllo maggiore sul loro funzionamento mentale; il compito del terapeuta è quello di andare incontro a questa loro ricerca. E un'altra differenza rilevante tra i due modelli è l'importanza che la CMT attribuisce alla motivazione dell'accudimento nel funzionamento psichico dei bambini e dell'inconscio umano in generale.

In ogni caso, dato il ruolo importante che il terapeuta gioca in una psicoterapia, spesso i pazienti manifestano un'angoscia, più o meno intensa, durante le separazioni dal terapeuta. La psicoterapia, infatti, è un percorso che segue una routine predeterminata, per cui il paziente sa che in quel giorno e in quell'orario il terapeuta sarà presente per lui. Questa routine diventa per la persona un punto di riferimento, e l'interruzione della terapia, ad esempio per le vacanze, può rappresentare un momento di stress per il paziente, che si trova a confrontarsi con l'esperienza della separazione e con tutti i sentimenti che ne derivano. La separazione, specialmente nei pazienti più gravi, può suscitare la paura di dover gestire le proprie difficoltà da soli, acuendo i sintomi o generando "crisi". In ogni caso, un'interruzione della terapia genera sempre una reazione in un paziente.

Capita ad esempio che i pazienti, al ritorno dalle vacanze di Natale o estive, neghino di aver sentito la mancanza del terapeuta durante la separazione, per poi riportare, nelle sedute successive, del materiale che allude chiaramente alla separazione o dire esplicitamente di aver avvertito la mancanza del terapeuta. Hanno cioè bisogno di risentire la presenza del clinico e della relazione con lui per sentirsi sufficientemente al sicuro per poter sperimentare l'angoscia di separazione che, durante le vacanze, avrebbe rischiato di farli soffrire troppo (Gazzillo, 2016).

M. è una ragazza di 28 anni cresciuta in una famiglia altamente disfunzionale: la madre è una donna depressa che, quando M. era bambina, abusava di alcool; il padre è un uomo freddo, distaccato, e spesso aggressivo che era solito maltrattare la madre di M. Vedere la madre così succube dei maltrattamenti del marito e così infelice è sempre stato per M. fonte di grande sofferenza, per cui, spesso, la ragazza si intrometteva nelle liti a difesa della madre, con il risultato di essere incolpata per aver peggiorato la situazione ed essere picchiata da entrambi i genitori. In famiglia M. è stata etichettata come una persona cattiva, distruttiva e aggressiva. Nessuno si è mai davvero preso cura di lei, la madre spesso si dimenticava di andarla a prendere a scuola, si dimenticava dei suoi saggi di danza, e non riusciva nemmeno a prepararle da mangiare, per cui M. è cresciuta in un clima di trascuratezza fisica ed emotiva che l'ha portata a sviluppare la convinzione di essere una persona "sbagliata", che non merita amore, cura e stima (credenza patogena da Odio di Sé).

A seguito della pausa natalizia, M. si mostra piuttosto distaccata con la terapeuta, nonostante prima delle vacanze stessero vivendo un momento di grande vicinanza emotiva. M. mostrava di fidarsi di lei, si sentiva legata alla terapeuta e alla terapia che per lei "era uno dei momenti più belli della settimana perché poteva parlare con qualcuno a cui voleva bene". Durante la prima seduta dopo Natale, M. inizia a parlare del rapporto con una sua cara amica, sostenendo che sì, la sua amica le vuole anche bene, ma M. sa anche che, in fondo, lei non è così importante per la sua amica come questa lo è per M. La terapeuta le rimanda come forse questo timore possa riguardare anche la relazione terapeutica. A quel punto M. sostiene di voler interrompere la terapia perché sente di non averne più bisogno, che durante le due settimane in cui non si erano viste si era accorta di non aver bisogno della terapeuta. Quello di M. è un test per compiacenza sull'Odio di Sé, per cui M., convinta di non meritare amore e cure, ed essendosi sentita abbandonata durante le vacanze, cosa che ha costituito una conferma della sua credenza patogena, testa la terapeuta sperando che questa non le permetta di abbandonare la terapia, che la faccia sentire importante e che le vuole bene. La terapeuta si mostra non disponibile a interrompere la terapia e rimanda a M. come, forse, si sia sentita abbandonata durante le vacanze, trovandosi

improvvisamente “sola”, senza il consueto appuntamento settimanale, e M. le risponde “Io preferisco fare da sola, perché se mi lego a te questo non va bene, se poi io ho bisogno e tu non ci sei?”. A quel punto la terapeuta e M. possono riflettere insieme su come il suo voler lasciare la terapia sia l’espressione della paura di non trovare qualcuno disponibile, che si prenda cura di lei, esattamente come è accaduto nella sua infanzia.

Una caratteristica delle reazioni dei pazienti alle separazioni è spesso la loro intensa aspettativa, non sempre del tutto cosciente, di essere abbandonati dall’analista. Durante i weekend o le vacanze, il comportamento del paziente e le idee e i sentimenti che egli esprime si possono comprendere solo facendo l’ipotesi che egli preveda che l’analista sia felice di non vederli, e che non tornerà più a vederlo. Non di rado queste previsioni persistono nonostante l’assicurazione che sono errate e nonostante siano state ripetutamente smentite nella vita reale (Bowlby, 1975).

Questo accade perché le aspettative che hanno i pazienti circa la disponibilità dell’analista sono influenzate dalle loro credenze patogene. Le persone, però, sono profondamente motivate a disconfermare queste credenze perché sono causa di dolore; al tempo stesso, hanno paura ad abbandonarle perché in origine erano adattive e sono state sviluppate per proteggersi dall’eventualità di nuovi traumi. Per disconfermare le loro credenze patogene, gli individui le mettono alla prova, in modo consapevole e inconsapevole, nelle loro relazioni importanti, ivi compresa la relazione con il terapeuta. L’attività di messa alla prova prende il nome di *test* (Weiss,1993; Gazzillo, 2016).

Le reazioni alle separazioni possono essere dunque lette alla luce delle credenze patogene e dei test, per cui i modi in cui i pazienti reagiscono all’avvicinarsi o in seguito alle vacanze estive, di Natale o a momenti di assenza dell’analista, possono essere letti come ricerche di una disconferma delle credenze patogene che sostengono le loro angosce. In base alle credenze patogene e al tipo di test a cui ci sta sottoponendo un paziente, le reazioni alla separazione si esprimeranno attraverso comportamenti e atteggiamenti diversi.

Nel senso in cui sia presente un forte odio di sé (Gazzillo.2016), ad esempio, la persona prova un sentimento di profondo disprezzo per sé stessa ed è convinta di non meritare l’amore e il rispetto degli altri, di non avere il diritto a essere felice e soddisfatta di sé, di meritare il rifiuto, l’accusa, la noncuranza, lo stigma. L’odio di sé è una colpa che si prova per come si è, la sensazione di essere

intrinsecamente sbagliati, inadeguati, cattivi, falliti, di non meritare accettazione, protezione, stima o affetto. Questo tipo di senso di colpa nasce all'interno di un rapporto con figure di attaccamento che hanno fatto sentire il bambino cattivo, brutto, imbranato, stupido, buono a nulla. Spesso, bambini che crescono con genitori abusanti, che li maltrattano verbalmente e/o fisicamente, sviluppano la credenza di non meritare un trattamento migliore di quello che hanno ricevuto a casa.

V. è un ragazzo di 21 anni con una storia di maltrattamenti e abusi verbali e fisici. Sin da piccolo, la madre lo etichettava come pazzo, sbagliato, pesante. Se da una parte lo voleva sempre vicino a sé, dall'altra lo scherniva per i suoi modi di esprimersi, per le sue richieste di vicinanza e affetto e per le sue fragilità. V. sentiva che poteva essere accettato e amato dalla madre solo se compiaceva le sue aspettative e i suoi desideri, mentre ogni sua espressione autentica e spontanea sarebbe stata rifiutata perché sgradevole e motivo dell'abbandono da parte dell'altro. Circa un mese prima delle vacanze estive, alla fine di una seduta V. chiede alla terapeuta quando interromperanno la terapia per l'estate e la terapeuta gli comunica che per tutto agosto non ci sarà. "Sa dottoressa, stavo pensando che vorrei interrompere la terapia prima, a metà luglio, così ce ne andiamo tutti in vacanza e ci rivediamo a settembre". La terapeuta resta interdetta e gli risponde che lei comunque per tutto luglio ci sarà e che le sue sedute sono confermate. La volta successiva V. si presenta con un libro illustrato sul quartiere in cui la terapeuta ha studio. Durante la seduta lo sfogliano insieme e V. le racconta i ricordi e le emozioni associati a quei posti che incontra durante il tragitto per venire in seduta. A quel punto la terapeuta gli rimanda come, forse, con quel libro, V. voleva dirle che, durante la pausa estiva, avrebbe sentito la mancanza della terapia, e che questa mancanza probabilmente lo angosciava, per questo avevo proposto di interrompere la terapia prima. V. sorride "In effetti è così... sa dottoressa è che io le voglio molto bene, ho bisogno di lei, ma ho paura che lei mi reputi sgradevole e mi voglia allontanare per questo le avevo fatto quella proposta". La paura di essere rifiutato era così forte in V. da temere che la terapeuta, così come la madre, lo trovasse una persona poco piacevole e lo abbandonasse, per cui, l'interrompere prima le sedute, era un modo per testare se fosse veramente così, sperando in una disconferma, e lenire, in tal modo, la sua ansia da separazione vista l'imminente interruzione della terapia per la pausa estiva. È bastato tranquillizzare V. sul fatto che anche la terapeuta gli volesse bene e non lo trovasse affatto una persona sgradevole, che dopo l'estate sarebbe stata lì ad aspettarlo e che non c'era motivo per interrompere prima. V., a quel punto, accetta di proseguire le sedute fino a fine luglio e prima di andare via insiste per lasciare il libro alla terapeuta "Grazie V., mi farà molto piacere tenerlo con me".

Il senso di colpa da separazione (Weiss,1993; Gazzillo,2016) si sviluppa a partire dalla credenza che, se ci separiamo dai nostri familiari e dalle persone care e diventiamo indipendenti da loro, li faremo soffrire moltissimo e arrecheremo loro un grave danno. La separazione può essere intesa non solo fisica, ma anche come differenza: per non essere colpevoli, quindi, bisogna non allontanarsi troppo, non rendersi autonomi, mantenere gli stessi valori della famiglia di origine e delle persone care e gli stessi modi di intendere la vita. In questo caso si parla anche di senso di colpa da slealtà.

G. è una ragazza di 26 anni, con una sintomatologia ansioso-depressiva, sviluppata a seguito della fine del liceo e il conseguente trasferimento per iniziare l'università. G., in particolare, si sente insicura e timorosa nel fare qualsiasi cosa autonomamente e questo la limita sia a livello lavorativo che delle relazioni sociali. G. è cresciuta con una mamma che non ha mai favorito la sua autonomia, mostrandosi ansiosa e dispiaciuta ogni volta che G. si allontanava da lei o cercava di fare qualcosa da sola. Nonostante G. sia ormai un'adulta, a casa viene trattata ancora come una bambina, la madre la chiama per sapere se si è lavata i denti, per controllare che abbia preso le sue medicine e, se escono insieme, è frequente che la mamma di G. parli al posto suo nei negozi. Quando G. prova a limitare queste intrusioni materne, la madre reagisce o con rabbia, ignorandola per settimane fino a che G. le chiede scusa, oppure mostrandosi triste e sconsolata, mandandole messaggi come "Sento che non sei più mia e sto male". In entrambe le situazioni, G. si sente tremendamente in colpa e da queste esperienze ha sviluppato la credenza patogena che se si mostra adulta e autonoma invece che "essere la brava bambina" e compiacere le aspettative della madre, la deluderà e la farà sentire inutile. Durante le sedute precedenti la separazione estiva G. si mostrava sempre più ansiosa e depressa. "Dottorressa sto male perché devo partire e a me le partenze mettono sempre ansia, mi sembra di abbandonare le persone che ho qui a Roma e ho paura che la distanza rovini il rapporto". La terapeuta le rimanda come questo abbia a che fare con la relazione con la madre, che si mostra sofferente ogni volta che G. si allontana da lei, ma che, in realtà, ci si può separare dalle persone a cui si vuole bene, che siano gli amici o la terapia, senza che questo implichi che il rapporto si rovini; quindi poteva stare tranquilla e godersi le vacanze perché al suo ritorno avrebbe senz'altro ritrovato tutti qui. G. le sorride, si rilassa e inizia a parlare del viaggio che aveva in programma.

In questo esempio la colpa da separazione della paziente viene espressa attraverso un test di transfert per compiacenza. Nel momento in cui la terapeuta le rimanda che può separarsi da lei senza sentirsi in colpa, la paziente si mostra sollevata e più rilassata e la terapia può proseguire.

R. è un ragazzo di 24 anni, cresciuto con dei genitori molto impositivi e autoritari, che non lo hanno mai lasciato decidere per sé stesso ma, al contrario, hanno sempre imposto la loro visione del mondo e delle cose a R., facendolo sentire sbagliato se si discostava da questa. Ogni volta che R. cercava di esprimere il suo volere e il suo punto di vista su qualcosa veniva puntualmente squalificato e criticato, causando l'ira del padre e l'angoscia e il dispiacere della madre. Tutto quello che poteva fare R. era compiacere il volere dei suoi genitori, trovandosi a fare cose o esprimere pensieri che sentiva non appartenere a lui, ma che erano imposti dall'esterno. R. inizia la terapia avvisando da subito la terapeuta che, dopo 3 mesi, sarebbe dovuto partire per un programma di studio all'estero e che non era sicuro che avrebbe voluto proseguire la terapia a distanza. A ridosso della partenza R. comunica alla terapeuta di voler interrompere il percorso: "Ho deciso che non voglio più proseguire, voglio fare da solo. Sento che venire qui e fare questo lavoro mi fa bene, mi sento meglio da quando faccio terapia e so che mi è utile, ma se proseguissi mi sentirei legato". La terapeuta decide di rispettare questa sua decisione, ma gli fa notare come per poter affermare la sua separazione si ritrovi a rinunciare a uno spazio per lui importante; gli rimanda che capisce che questo sentirsi legato indissolubilmente a qualcuno gli ricordi il rapporto con i genitori, ma che tra l'essere vincolati e l'assenza del rapporto, esistono anche altri modi per stare in relazione. "Non ce la faccio, sentirei che proseguirei la terapia solo per compiacere lei". A quel punto la terapeuta acconsente a interrompere la terapia. Dopo circa due settimane, però, R. ricontatta la terapeuta per riprendere le sedute "Ho capito che tutta la fonte dei miei problemi è mia madre che mi impone il suo volere, che ogni volta che parlo mi guarda come se dicessi solo cose assurde e non fossi in grado di decidere per me stesso e mi rendo conto che vivo le altre persone allo stesso modo. Vorrei riprendere la terapia per cambiare questa cosa". Da quel momento, R. è diventato più elaborativo, collaborativo e l'alleanza terapeutica tra noi è migliorata: avevo superato un suo forte test di transfert per ribellione sulla colpa da separazione.

Il senso di colpa da responsabilità onnipotente (Weiss,1993; Gazzillo,2016) è caratterizzato dalla convinzione di avere il dovere e il potere di prendersi cura delle persone care in difficoltà. La persona sente che, senza il suo impegno, le cose andranno male e di conseguenza lei sarà colpevole; perciò chi sente una responsabilità onnipotente potrebbe evitare di separarsi dai suoi cari o boicottare tutte le

opportunità che gli impedirebbero di continuare a prendersi cura di loro, ha difficoltà a dire no alle richieste altrui, non riesce a mettere limiti sul lavoro o nelle relazioni, teme che, se non ha tutto sotto controllo, le cose andranno male e crede che pensare ai propri interessi sia da persone egoiste.

F. è una ragazza di 30 anni, cresciuta con un padre autoritario, impositivo, rigido e totalmente dedito al dovere, e con una madre debole, fragile, succube del marito che si è sempre appoggiata a F. per ogni cosa, dalla cura della casa all'occuparsi della figlia minore che, praticamente, è stata cresciuta da F. Durante le liti furibonde tra i genitori, in cui spesso il padre di F. arrivava a picchiare la moglie, la ragazza si trovava costretta a intromettersi per difendere la madre e finiva per prendere lei le botte. Sin da bambina a F. è stato chiesto molto di più di quello che erano i suoi compiti, le è stato chiesto di essere responsabile e occuparsi di questioni al di fuori della sua portata. Tutt'ora è F. che deve risolvere i problemi alla madre, che mantiene il controllo sulle questioni familiari, cosa che replica anche nella relazione con il ragazzo, persona dipendente e richiedente. È solo F. che si occupa della casa e risolve i problemi, trascurando completamente i suoi bisogni e mettendosi sempre in secondo piano. Al rientro delle vacanze estive, la terapeuta trova F. particolarmente provata: "Alla fine quest'estate l'ho passata a lavorare, c'erano troppe cose da fare a casa, poi anche per i soldi, non potevo permettermi di spendere perché con casa nuova ho avuto troppe spese e non sarebbe stata una scelta responsabile programmare un viaggio; poi sono dovuta rimanere anche per stare dietro a mia madre e a mia sorella, che è scesa qualche giorno. Non mi sono mai riposata, neanche un giorno per me stessa. Il mio ragazzo, invece, si è fatto la vacanza con gli amici... anche a te, ti vedo abbronzata!". La terapeuta decide di restare tranquilla, di risponderle che sì, lei è stata in vacanza e per un mese ha deciso di staccare un po' da doveri e responsabilità, anche se, internamente, il vedere F. così la fa sentire profondamente in colpa per non essersi occupata di lei, e per aver addirittura speso i soldi per le vacanze.

In questo esempio, la paziente testa la terapeuta da passivo in attivo, cercando di farla sentire in colpa per non essersi preoccupata di lei durante l'estate, per essere stata in vacanza mentre lei era a Roma a lavorare. L'atteggiamento tranquillo della terapeuta permette a F. di vedere che ci si può occupare di sé stessi e dei propri bisogni senza dover per forza fare sacrifici. Già dalla seduta successiva, F. si mostra più sollevata e comunicherà di aver prenotato un viaggio anche se sa che la famiglia la criticherà per questo.

Nel senso di colpa da burdening la persona è convinta che le proprie emozioni e i propri bisogni rappresentino un peso per le persone amate, per cui i propri problemi e fragilità non possono essere espressi perché causerebbero l'allontanamento e la sofferenza delle persone care (Gazzillo,2019). Questa credenza porta la persona a sminuire le proprie fragilità e ad evitare di condividere le proprie emozioni e i propri sentimenti. L'origine di tale senso di colpa è rintracciabile in esperienze infantili di trascuratezza o in cui il soggetto ha sentito di essere “troppo” per i suoi caregivers. Il senso di colpa da burdening potrebbe essere confuso con quella da responsabilità onnipotente: in entrambi, infatti, i bisogni del soggetto non vengono espressi ma, nel caso della responsabilità onnipotente, questo avviene perché sono i bisogni dell'altro ad essere prioritari; nel senso di colpa da burdening bisogni e fragilità non vengono espresse in quanto ritenute dal soggetto troppo pesanti, noiose, per cui l'altro si sentirebbe appesantito e si allontanerebbe. Il senso di colpa da burdening, inoltre, viene associato a quello da odio di sé poiché entrambi rimandano all'idea di essere intrinsecamente sbagliati. I due si differenziano, però, perché nel senso di colpa da burdening è l'espressione dei propri bisogni e fragilità ad essere sbagliata, non la totalità della propria persona come nell'odio di sé. Riprendiamo l'esempio di G.

Sin da bambina, ogni volta che G. si mostrava triste e sofferente, i genitori, invece che contenerla e consolarla, reagivano con rabbia e rifiuto. In particolare, la madre si mostrava particolarmente intollerante alle fragilità della figlia e, quando capitava che G. piangesse, la madre iniziava a piangere a sua volta e disperarsi rivolgendole frasi come “Io non ce la faccio più con te” o “Smettila, mi stai consumando”. Da queste esperienze G. ha dedotto che la sua sofferenza è troppo pesante per essere condivisa e sopportata dall'altro. G. , una volta, disse alla terapeuta di essere come un personaggio del film della Disney “Inside Out”, la cui storia si svolge all'interno della psiche di una preadolescente dove si “sfidano”, per avere il controllo, le cinque emozioni di base: gioia, tristezza, rabbia, paura e disgusto. “Ecco dottoressa io sono come Tristezza: ogni cosa che tocco diventa blu, come se contaminassi gli altri con i miei sentimenti negativi, per cui, per preservarli, posso solo tenerli per me e allontanarmi”. Prima della pausa estiva la terapeuta vedeva G. particolarmente triste ma, nonostante le rimandasse questa sua sensazione, G. sminuiva “no, non ho nulla, non si preoccupi”. Qualche giorno dopo la seduta, G. manda un messaggio alla terapeuta dicendole che, in effetti, stava molto giù di umore ma che non voleva appesantirla perciò ne avrebbero parlato in seduta la settimana successiva. A quel punto la terapeuta telefona a

G. e insiste per sapere come G. si sentisse “Mi sento davvero giù, ho sempre questa sensazione di essere inutile che mi fa stare male, ma non voglio assillarla con i miei problemi, mi sento in colpa”. La terapeuta le rimanda come sia normale sentirsi tristi in certi momenti e che non c’è nulla di male nel chiedere sostegno alle persone a cui vogliamo bene, che possono tollerare il nostro malessere e le nostre fragilità, anche se forse G. non ci credeva perché sua madre non era stata in grado di farlo colpevolizzandola. La terapeuta propone a G. di vedersi una seconda volta in quella settimana per poter parlare di come G. si senta “Va bene, in effetti ne avrei davvero bisogno di parlarne con qualcuno”. All’incontro G. arriva già molto più sollevata e serena.

La logica che è alla base del senso di colpa del sopravvissuto (Modell, 1965,1971; Weiss, 1993; Gazzillo, 2016) è che avere più degli altri o versare in condizioni migliori sia ingiusto in quanto iniquo, come se ciò che si ha fosse tolto a qualcun altro. Il sentimento, spesso inconscio, di colpa emerge quando si realizza di esser scampati a una brutta situazione mentre altri non hanno avuto la stessa fortuna, quando si comprende di avere più successo, più soddisfazioni, di stare meglio ed essere più bravi, fortunati, amati, ricchi o felici di qualcun altro, e può portare a condotte di rinuncia immotivate, a boicottare i propri successi o a non poter godere dei propri traguardi. Riprendiamo a tal proposito l’esempio di V.

Sin da bambino V. è stato colpevolizzato dalla madre per essere troppo vivace e vitale, cosa che la madre non sopportava perché lei, al contrario, si sentiva sofferente e depressa. Capitava anche che, quando V. si mostrava particolarmente vivace, la madre arrivasse a picchiarlo. Entrambi i genitori di V. vengono descritti come persone estremamente infelici e sofferenti, incapaci di godersi qualsiasi svago o relax, e vederli così causa a V. estrema sofferenza, che invece vorrebbe solo saperli felici. Per questo V. sente di doversi “caricare della loro sofferenza” a discapito della sua serenità. Questo anche perché ogni volta che V. si mostra felice e sereno la madre tende a smontare questo suo stato, ricordandogli che a qualcosa di bello segue sempre qualche disgrazia per cui non ci si può mai rilassare troppo. Durante le sedute prima della pausa estiva V. inizia a mostrarsi sofferente e lamentoso, racconta alla terapeuta di come vorrebbe godersi le vacanze pur sapendo che non ci riuscirà. “Sa dottoressa vedo lei così serena, così rilassata e io invece non riesco ad essere così e questo mi fa soffrire molto”. La terapeuta resta tranquilla, non cerca di consolare V. né si abbatte di fronte alla sua sofferenza, continuando a mantenere la sua serenità mostrando a V. che è possibile godersi dei momenti di

relax anche quando le persone a cui teniamo sono infelici. Dopo qualche seduta V. chiede alla terapeuta "Ma lei non si sente in difficoltà a essere così tranquilla?". La terapeuta gli risponde che no, non si sente in difficoltà, che ovviamente non è felice che V. soffra, ma che pensa che la sua felicità non sia connessa all'infelicità di V. e che, quindi, non deve sentirsi in colpa, così come V. non dovrebbe sentirsi in colpa di essere più sereno dei suoi genitori e punirsi non godendosi mai nulla. A quel punto V. le sorride e dice "Bene, ora possiamo parlare di vacanze!"

In questo esempio, all'avvicinarsi delle vacanze estive, V. ha testato la sua ansia da separazione attraverso un test da capovolgimento da passivo in attivo del suo senso di colpa del sopravvissuto: così come a lui nel rapporto con i genitori non è concesso godersi di momenti di rilassatezza e di felicità, allo stesso modo il paziente cerca di far sentire in colpa la terapeuta per la sua felicità, sperando, ovviamente, che non si faccia deprimere da questo suo atteggiamento. Spesso, quando un paziente ci testa da passivo in attivo, come anche nell'esempio precedente, non è possibile procedere subito con un'interpretazione, un po' per il rischio che il paziente si senta criticato, un po' perché probabilmente non passeremmo completamente il test anche se la nostra interpretazione è giusta: nel test da capovolgimento da passivo in attivo quello che il paziente vuole trovare in noi è un "modello di ruolo" diverso che gli mostri che è possibile non sviluppare credenze patogene anche se si sono subito comportamenti simili a quelli dei genitori traumatizzanti; un'interpretazione rischia quindi di esser letta come "difensiva" perché anche noi ora, come il paziente allora, possiamo apparire "turbati" dal genitore traumatico con cui il paziente è identificato. Perciò, in queste circostanze, rispondere attraverso l'atteggiamento può rappresentare l'alternativa migliore. Con V. per diverse sedute la terapeuta ha dovuto sopportare il suo lamentarsi e il suo farla sentire in colpa per la sua serenità, e solo successivamente interpretare quello che stava succedendo.

Se leggessimo questi esempi nell'ottica della Teoria dell'Attaccamento il fatto che i pazienti, durante le separazioni, non manifestino angoscia o, al contrario, ne siano sopraffatti, sarebbe considerato patologico. Se il terapeuta funziona come base sicura e quindi come figura di attaccamento, è sano che il distacco comporti un certo grado di ansia da separazione mentre l'assenza di tale ansia o una sua esagerata presenza sarebbero segnali di un attaccamento di tipo insicuro ambivalente o evitante. Nell'ottica della Control Mastery Theory si parte dall'assunto che le credenze patogene si sviluppino a

partire da esperienze traumatiche con i propri caregiver, al fine di adattarsi alla realtà e preservare la relazione con loro: per questo le persone faticano ad abbandonarle, perché questo potrebbe comportare la sofferenza delle persone care e la perdita della loro vicinanza. Pertanto, i pazienti potrebbero avere delle reazioni particolarmente forti di fronte alle separazioni dai loro terapeuti perché temono, in realtà, che separandosi li faranno soffrire e si sentiranno colpevoli per questo. Ciò è particolarmente vero nel caso dei sensi di colpa da separazione e responsabilità onnipotente: i nostri pazienti potrebbero mostrarsi agitati prima delle vacanze estive o di Natale non perché si sentono abbandonati dal proprio terapeuta, ma al contrario perché si sentono loro in colpa a separarsi da noi per occuparsi di sé stessi e dei propri bisogni, dato che fare questo, nelle loro esperienze di vita, ha sempre implicato la sofferenza di qualche persona cara. Questo è ben visibile negli esempi riportati in precedenza. Nel caso di G., il timore alla base del suo malessere prima della separazione estiva era quello che il suo allontanarsi avrebbe causato la sofferenza della terapeuta e quindi rovinato il rapporto, mentre ciò che cerca dalla terapia è sentirsi sostenuta nel potersi separare dalle persone care; nel caso di F., il suo malessere al rientro delle vacanze e la colpevolizzazione della terapeuta sono sorretti dalla convinzione di non essere in diritto di pensare a sé stessa perché questo causerebbe la sofferenza dell'altro; quello che F. vorrebbe vedere dalla terapeuta è un modello che le insegni che può separarsi dall'altro per pensare a sé senza che l'altro ne soffra. In un'ottica classica questi timori verrebbero interpretati come delle resistenze, come l'incapacità del paziente a prendere coscienza prima, e rinunciare poi, a una posizione di dipendenza. In ottica CMT, rimandare questo significherebbe fallire il test e non aiutare il paziente a raggiungere un obiettivo sano.

Le considerazioni fatte fino a ora valgono anche per la separazione connessa alla fine di una psicoterapia. Nell'ottica della CMT, alla fine di un'analisi riuscita il paziente non solo dovrà fare i conti con l'angoscia di separazione dall'analista ma "ci metterà ancora una volta alla prova per vedere se disconfermiamo le sue credenze patogene e lo sosteniamo nel perseguimento dei suoi obiettivi" (Gazzillo, F., 2016, p. 119). Quello che spera e di cui ha bisogno è che, al di là della normale tristezza per un rapporto che finisce, riusciamo a gioire del suo esser diventato più sano, del suo non aver più bisogno di noi, della sua diversità e separatezza. Alla fine di un'analisi, quindi, i pazienti ci chiedono di

ridurre il peso dei loro sensi di colpa interpersonali e di disconfermare ancora una volta, le loro credenze patogene. Riprendiamo l'esempio di G.

Era un periodo in cui G. si mostrava più silenziosa del solito quando veniva in seduta, spesso chiamava per disdire gli incontri senza chiedere né uno spostamento né un recupero. Sembrava che non ci fosse più nulla da dire, tutto quello che G. riportava era che andava tutto bene. La terapia sembrava ferma, in stallo. La terapeuta sentiva come se G. volesse dirle qualcosa sulla terapia ma che non riuscisse a farlo. Durante una delle sedute la terapeuta decide di condividere questa sua sensazione. A quel punto G. le confessa che in effetti sentiva che era arrivato il momento di iniziare a chiudere la terapia: "Io sento che molti degli obiettivi che mi ero prefissata li ho raggiunti. Sento che ci sono ancora delle piccole cose da vedere, come quando costruisci una casa, ho le fondamenta, le mura, ora mancano le rifiniture. E voglio lavorarci, ma sento anche di aver bisogno di sapere che c'è un termine e che posso iniziare a fare da sola. Non avevo il coraggio di dirglielo un po' per non ferirla, un po' perché ho paura che se mi staccassi da lei poi da sola non potrei farcela". La terapeuta rimanda a G. che condivide pienamente il suo discorso, che anche lei pensa che sia pronta per fare da sola e che quella paura di ferirla e di non farcela sia solo una compiacenza all'idea che lei non è in diritto di essere adulta perché, se lo facesse, toglierebbe un ruolo alle persone per lei importanti, la madre prima, e ora la terapeuta. La terapeuta e G. concordano, quindi, di darsi sei mesi di tempo per terminare la terapia, così che G. abbia modo di fare le ultime "rifiniture" e, allo stesso tempo, senta che la terapeuta le permette di separarsi da lei e ha fiducia nelle sue capacità di essere adulta e autonoma.

Anche in questo esempio, il problema della paziente non è la paura di lasciare la terapia e scoprirsi sofferente e incapace, ma la paura che, se lo facesse, la terapeuta si sentirebbe abbandonata e ne soffrirebbe, esattamente come ha sempre reagito la madre di G.. Ciò che la terapeuta deve fare non è dunque interpretare l'ansia da separazione come una difficoltà di G. a lasciare la terapia o come una eccessiva dipendenza, ma rassicurarla e sostenerla nel suo diritto di essere autonoma e separata dalla terapeuta.

Ovviamente questo non è valido per tutti; per alcuni pazienti, ad esempio, è importante sapere che il terapeuta è disposto a vederli magari con una frequenza ridotta di sedute per ancora molto tempo, o

per sempre, che possano ricontattarlo qualora ne avessero bisogno. Altri pazienti, invece, hanno bisogno di non aver più nulla a che fare con noi, senza sentirsi in colpa.

Anche il modo di gestire la fine di un'analisi, quindi, è caso-specifico.

Bibliografia

- Bowlby, J. (1975), *Attaccamento e perdita*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Bowlby, J. (1988), *Una base sicura*. Raffaello Cortina, Milano.
- Freud S. (1915), *Pulsioni e loro destini*, in Opere, vol. VIII, Boringhieri, 1978
- Freud S. (1925), *Inibizione, sintomo e angoscia*, in Opere, vol. X, Boringhieri, 1978
- Gazzillo, F. (2016), *Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla Control-Mastery Theory*. Raffaello Cortina, Milano.
- Gazzillo, F., Fimiani, R., De Luca, E., Dazzi, N., Curtis, J., Bush, M. (2019). *New Developments in Understanding Morality: Between Evolutionary Psychology, Developmental Psychology and Control-Mastery Theory*. Pdf.
- Modell, A. (1965). On Having the Right to a Life: an Aspect of the Superego's Development. In *International Journal of Psychoanalysis*, 46, 3, pp. 323-331
- Modell, A. (1971). The Origin of Certain Forms of Pre-Oedipal Guilt and the Implications for a Psychoanalytic Theory of Affects. In *International Journal of Psychoanalysis*, 52, 4, pp. 337-346
- Weiss, J. (1993), *Come funziona la psicoterapia*. Bollati Boringhieri, Torino, 1999.
- Weiss, J., Sampson, H., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. New York, NY: Guilford Press.