

Differenziare i test da passivo in attivo: per compiacenza e per ribellione di Francesco Gazzillo ©

Lo scopo di questo breve scritto è proporre una distinzione dei test da passivo in attivo in test per compiacenza e test per ribellione, nella speranza che questa nuova differenziazione possa rendere più precise le nostre osservazioni cliniche e più sintonizzate le nostre risposte ai pazienti.

Come sappiamo, la Control-Mastery Theory identifica due macro-categorie di test:

1) *I test di transfert*, che sono caratterizzati dal fatto che il paziente metta alla prova una sua credenza patogena comportandosi in conformità con essa (*per compiacenza*) o ribellandosi a quanto da essa prescritto (*per ribellione*), ma comunque cercando di vedere se l'altro, terapeuta in primis, reagirà al suo comportamento disconfermando, come spera, la sua credenza patogena, o confermandogliela come teme. Da questo punto di vista, potremmo dire che il paziente attribuisce all'altro un ruolo analogo a quello del "genitore traumatico" dell'infanzia – e per questo parliamo di test di transfert. I test per ribellione in genere si associano a sensi di colpa molto intensi, che possono manifestarsi in quanto tali o possono essere inferiti dal carattere esagerato ed eccessivo del comportamento o dell'atteggiamento che è il medium del test, che non di rado si rivela controproducente per il soggetto che lo mette in atto. Per questo li chiamiamo test di "transfert per ribellione (con autopunizione)".

2) Nei *test di capovolgimento da passivo in attivo*, invece, il paziente tratta l'altra persona in un modo che potrebbe indurla a sviluppare una credenza patogena analoga a quella che lui vorrebbe mettere alla prova, cioè tratta l'altro, terapeuta in primis, in un modo analogo a quello in cui è stato trattato dal "genitore traumatico" nel corso dell'infanzia. E lo fa nella speranza che l'altro, il clinico in primis, reagisca in modo

diverso da quello in cui ha reagito lui, cioè gli mostri che non deve attribuirsi la responsabilità della sofferenza o delle difficoltà altrui e che il comportamento traumatico del genitore può essere fronteggiato e elaborato in modo diverso. In questo modo, il paziente spera di apprendere modi diversi di reagire o sviluppare nuove capacità. Questi test prendono il loro nome dal meccanismo di difesa del capovolgimento dalla passività all'attività su cui si basano, ma rimandano a fenomeni clinici che in contesti diversi possono essere concettualizzati facendo ricorso a meccanismi come l'identificazione con l'aggressore o l'identificazione proiettiva.

Oltre a queste due macro-categorie di test ne abbiamo poi una terza, quelli *osservativi*, su cui però non ci soffermeremo in questo contesto.

Quindi, in sintesi, finora abbiamo distinto i test di transfert in test per compiacenza e test per ribellione, mentre abbiamo pensato ai test da passivo in attivo come a una categoria unica.

Quello che voglio suggerire in questo breve lavoro, che nasce dalla mia esperienza clinica e da alcuni scambi con John Curtis e Marshall Bush, è che possiamo distinguere anche i test da passivo in attivo in test per compiacenza e test per ribellione.

Con **test da passivo in attivo per compiacenza** possiamo denotare quelli che, fino a questo momento, abbiamo definito test da passivo in attivo sic et simpliciter, cioè quei test che si basano sulla riproposizione in terapia, a opera del paziente, degli stessi comportamenti genitoriali che lo hanno traumatizzato, nella speranza che il terapeuta, per mezzo della sua reazione, funga da modello di ruolo per il paziente e lo aiuti a sviluppare nuove capacità e prospettive diverse su quanto accaduto e su di sé. Gli mostri, cioè, che si può non essere traumatizzati, e si può non sviluppare alcuna credenza patogena, anche al cospetto di un trattamento di quel tipo.

Con **test da passivo in attivo per ribellione**, invece, intendiamo dei test che si manifestano per mezzo dell'assunzione di atteggiamenti e comportamenti che sono diametralmente opposti a quelli traumatizzanti dei genitori, e che vengono assunti dal soggetto nella speranza che chi li riceve ne tragga beneficio e ne sia contento. Se la risposta dell'altro va in questo senso, il test è superato, se no è fallito.

Qual è lo scopo di questo tipo di test? Ovviamente, disconfermare la credenza patogena che ne è la base, ovvero avere le prove del fatto che si aveva ragione a sentire e pensare che il trattamento ricevuto da quel genitore era sbagliato, non meritato.

Questo tipo di test si basa su una *controidentificazione* del soggetto con il genitore traumatico, e su una *proiezione* nell'altro del sé infantile traumatizzato del soggetto.

Si tratta di una tipologia di test che non è stata finora identificata nella sua specificità perché si manifesta per mezzo di comportamenti e atteggiamenti in genere costruttivi, positivi, come vedremo per mezzo di qualche esempio. Ma la loro valenza di test diventa evidente se si prende in considerazione la loro tendenziale *rigidità*, il loro essere a volte *eccessivi* e la loro *indipendenza* dal contesto. E queste caratteristiche sono spesso il veicolo della loro *dimensione autopunitiva potenziale*. E, come per tutti i test, il fatto che *inducano l'altro a provare emozioni forti e a rispondere in qualche modo, a fare qualcosa*.

Spesso questo tipo di test ha una forte valenza di *coaching*, segnalando all'altro come la persona avrebbe voluto e/o vorrebbe essere trattata, ma la loro funzione di base è *elaborare i traumi infantili* che hanno dato vita alle credenze patogene testate per mezzo di essi e *disconfermare queste credenze*.

Facciamo un esempio semplice. Immaginiamo una persona che, a causa di maltrattamenti e trascuratezza infantile, abbia sviluppato la credenza patogena di non meritare cure e protezione. Questa persona può adottare le seguenti strategie di testing:

- a) *Di transfert, per compiacenza*: può mettersi in situazioni pericolose in cui le altre persone non si prendono cura di lei o le fanno del male, sperando che il terapeuta la protegga e le insegni a proteggersi;
- b) *Di transfert, per ribellione*: potrà essere sempre in allerta al cospetto di mancanze di rispetto e attenzione reali o potenziali, sperando che il terapeuta legittimi questo atteggiamento e smussi dimensioni controproducenti e autopunitive di questo atteggiamento, qualora si presentino;
- c) *Da passivo in attivo, per compiacenza*: potrà maltrattare il terapeuta e non prestare attenzione alcuna ai suoi bisogni, sperando che il terapeuta non sia troppo turbato da questo atteggiamento e le mostri come ci si possa proteggere da questo tipo di atteggiamenti e comportamenti quando li si subisce;
- d) *Da passivo in attivo, per ribellione*: potrà essere sempre attenta, sollecita e rispettosa verso tutte le persone, terapeuta incluso, e in particolare quelle che sente che hanno bisogno di lui, rapportandosi a loro come un genitore sensibile e rispettoso, anche se l'altro non lo chiede o non ne ha bisogno, sperando che l'altro lo apprezzi e ne tragga beneficio.

Come appare evidente anche da questo esempio, e come è vero per tutti i fenomeni clinici letti in ottica CMT, non è il comportamento manifesto a indicarci la natura di un test del paziente, e quindi il modo per superarlo, bensì la credenza patogena che ne è alla base e su cui il paziente sta lavorando. Se consideriamo soltanto il comportamento, ad esempio, il caso su cui stiamo ragionando potrebbe essere letto anche come un test di transfert per compiacenza di una credenza patogena da responsabilità onnipotente; e, più in generale, un test da passivo in attivo per ribellione può essere confuso, o può essere contemporaneamente, un test di transfert per ribellione di una credenza da senso di colpa del sopravvissuto (“Se fossi migliore di mio padre/mia madre, lui/lei ne soffrirebbe e/o ne sarebbe umiliato/a”), oppure un test di transfert per ribellione su una

credenza da odio di sé (“Non merito amore e apprezzamento”). Insomma, una *corretta formulazione del piano* del paziente e una lettura precisa delle credenze patogene su cui lavora, momento per momento, è sempre essenziale per comprendere e superare i suoi test.

Facciamo un altro esempio. Prendiamo il caso di un paziente che ha la credenza patogena per cui, se avesse successo nel lavoro, suo padre, che ha avuto una carriera chiaramente al di sotto delle sue aspirazioni, si sentirebbe umiliato e ne soffrirebbe. E ipotizziamo che questa credenza nasca da interazioni con il padre, costanti fin dall’infanzia, in cui il genitore è apparso critico o infastidito al cospetto di qualsiasi conquista e successo del paziente. Che tipo di strategie di testing potrebbe adottare il paziente?

- a) *Di transfert, per compiacenza*: il paziente può mostrarsi poco ambizioso, raccontare di proprie rinunce, difetti, limiti e fallimenti, sperando che il terapeuta lo sproni a non abbandonare ambizioni e rinunciare a successi, e alimenti la sua fiducia in se stesso;
- b) *Di transfert, per ribellione*: il paziente può mostrarsi estremamente ambizioso, competitivo, di successo, soddissfatto di sé, finanche presuntuoso, sperando che il terapeuta legittimi la sua ambizione e sostenga la sua autostima, limitando i sensi di colpa e le tendenze autopunitive che possono rendere quel comportamento eccessivo e controproducente;
- c) *Da passivo in attivo, per compiacenza*: il paziente cercherà di far sentire in colpa il terapeuta mostrandosi invidioso o ferito dalla sua sicurezza in se stesso e da quelli che vive come i suoi successi, sperando che il clinico non soffra troppo a causa di questi comportamenti e non modifichi il suo modo di fare per limitare il disagio apparente del paziente;

- d) *Da passivo in attivo, per ribellione*: il paziente elogerà il terapeuta, lo farà sentire in gamba, capace, gioirà dei suoi successi e lo valorizzerà, sperando che il terapeuta sia gratificato e aiutato da questo comportamento, e al contempo lo aiuti a proteggersi da eccessi controproducenti, ad esempio da una possibile difficoltà del paziente a criticare il terapeuta a ragione.

Anche in questo caso, il comportamento assunto dal paziente in questo test da passivo in attivo per ribellione potrebbe far pensare, preso per come appare, a un test di transfert per compiacenza di una credenza da responsabilità onnipotente. Ma la risposta del paziente a un intervento del terapeuta sarebbe, nei due casi, molto diversa: se fosse vera la prima ipotesi, il paziente sarebbe sollevato dal fatto che il terapeuta apprezzi e sia aiutato dal sostegno che riceve da lui; se invece si trattasse di un test di transfert per compiacenza sulla responsabilità onnipotente, il paziente reagirebbe con angoscia e depressione alla soddisfazione del terapeuta.

In conclusione, credo che un caso raccontato da John Curtis nel corso della conferenza tenuta il 25 ottobre 2017 ai nostri soci sia un ottimo esempio della strategia di testing da passivo in attivo per ribellione e del suo scopo: una sua paziente, affetta da un forte odio di sé dovuto ai maltrattamenti subiti dalla madre, era riuscita a comprendere da sola come quei maltrattamenti fossero stati ingiusti e avessero segnato in negativo la sua vita, e lo aveva compreso dopo un'esperienza specifica, quella di essere stata una madre affettuosa e accudente con i figli, nonostante tutte le difficoltà, e di aver visto che così aveva fatto crescere bene i suoi figli. Ovviamente, non è difficile immaginare che, qualora i figli di questa donna avessero avuto dei problemi o si fossero messi in pericolo, lei avrebbe potuto pensare che la madre aveva ragione nel trattarla con durezza e nel criticarla. Avrebbe cioè visto, nelle difficoltà dei figli, una conferma della sua credenza patogena da odio di sé. Infine, la dimensione autopunitiva di questo tipo di test avrebbe potuto manifestarsi, in questo caso, per mezzo di rinunce eccessive

che questa donna avrebbe potuto fare per sostenere i figli, o per mezzo di comportamenti solleciti e comprensivi anche nei momenti in cui i figli avrebbero avuto bisogno di maggiore durezza o di critiche puntuali.

Ecco come si può ricorrere a una strategia di testing da passivo in attivo per ribellione per elaborare un trauma da stress infantile e disconfermare le credenze patogene che da esso sono derivate.