

TRADUZIONI IMMEDIATE

di Francesco Gazzillo ©

Come acutamente osservato da George Silberschatz (2016) in un'intervista che si trova sul nostro sito, a volte diamo per scontato che una nostra risposta sia un modo per superare un test, o costituisca un intervento pro-plan, perché è in questo modo e con questo senso che l'abbiamo pensato. E viste dalla prospettiva di un osservatore terzo, le cose stanno realmente così. Ma non è detto che tutti i pazienti "traducano" come ci attendiamo la risposta o l'intervento del terapeuta; anzi, un intervento in buona parte pro-plan o un test apparentemente superato può essere "tradotto" dal paziente come anti-plan o come un test fallito. E credo che i fattori alla base di questi fraintendimenti siano l'intensità con cui un paziente presta fede alle sue credenze patogene e dei sentimenti che a esse si associano.

Facciamo qualche esempio. Una paziente giunge con un quarto d'ora di ritardo in seduta, e mi dice che ha fatto tardi perché si è fermata a chiacchierare con alcuni amici che non vedeva da qualche tempo. Poche settimane prima, la stessa paziente aveva reagito con rabbia e dolore al fatto che un giorno avessi dovuto rimandarle di qualche ora una seduta a causa di un contrattempo improvviso che mi rendeva impossibile il vederla. Inoltre, un'accusa che la madre le aveva spesso rivolto era che fosse una persona che chiedeva molto ma non era disposta a dare pressoché nulla. Quando le faccio notare che ogni tanto assumeva dei comportamenti che potevano essere interpretati dagli altri in modo scorretto – se non mi dai ciò che ti chiedo, ci resto male e mi arrabbio; se mi chiedi qualcosa che non mi va di fare, mi sento limitata nella mia libertà e non lo faccio - ma che in realtà erano funzione di desideri sani, normali, cioè essere accettata e non

rinunciare alla propria libertà, lei reagisce come se io le avessi mosso le stesse accuse che le muoveva la madre. E per due giorni di seguito sta male, si accusa di egoismo e passa dal pensare che io sia arrabbiato con lei al pensare che mi ha ferito.

Un'altra paziente mi ribadisce più volte che vuole sentirsi libera di venire o non venire alle sedute, senza che questo debba rappresentare un problema. Io le rispondo, pensando a un test di transfert per ribellione, che di fatto lei è e sarà sempre libera di scegliere se venire o meno. Al che aggiunge che io, se non viene, non devo pensare nulla, non devo neppure chiedermi perché non sia venuta, e ovviamente non devo chiederlo a lei. Quando le dico – pensando che sia un test da passivo in attivo - che lei è libera di venire o no, ma io sono libero di pensare qualsiasi cosa mi venga in mente, lei sembra contrariata, e resta tale per un po' di tempo. Qualche mese dopo arriviamo a capire che lo è perché per lei è ovvio che il mio pensare rispetto al fatto che non sia venuta sia sinonimo del pensare che abbia sbagliato a non venire.

Se dovessi indicare dei punti in comune tra questi esempi, potrei dire che sono casi di test in cui una mia risposta che si discosta anche di poco da quello che la paziente voleva che dicessi/facessi è immediatamente tradotta nella conferma della sua credenza patogena. Nel caso della prima paziente, avrei dovuto lasciar correre il suo ritardo con un “nessun problema” e un sorriso; e avrei dovuto accettare, nel caso della seconda paziente, l'idea che non mi ponessi neppure il problema del suo non venire. Non aver fatto così ha significato commettere un errore.

Essendo test forti di credenze patogene che avevano fatto soffrire molto queste pazienti e sulle quali stavano lavorando in quella fase della terapia,

necessitavano di risposte chiare, nette e univoche. Nel condurre questi test, infatti, i pazienti si espongono al rischio di essere ri-traumatizzati, per cui agiscono come avvolti in *un'area di sensibilizzazione post-traumatica* che, per motivi adattivi, li porta a essere estremamente sensibili, appunto, e reattivi a qualsiasi indizio possa rimandare, anche lontanamente, alla possibilità di essere nuovamente traumatizzati, cioè alla possibilità che le credenze patogene che mettono alla prova siano riconfermate. Il problema di questo tipo di sensibilizzazione è che, pur essendo nato come strategia adattiva auto-protettiva, rischia facilmente di essere un fattore di ri-traumatizzazione, esponendo il soggetto a un riproporsi della situazione traumatica (nel proprio vissuto) anche quando, di fatto, la situazione che sta vivendo è piuttosto diversa da quella originale.

Il problema si complica poi ulteriormente perché, almeno in alcuni casi, e ammesso che sia umanamente possibile, il mero superamento di tutti i test non necessariamente permette la disconferma delle credenze patogene che ne sono alla base, o almeno non la permette in forma sufficientemente forte e generalizzabile.

Detto in altri termini, *l'interpretazione del senso adattivo di alcuni comportamenti, e la messa in luce delle possibili implicazioni autopunitive*, possono essere in alcuni casi operazioni dolorose nell'immediato a causa del fatto che lo stato di attivazione di una credenza patogena può trasformare il senso di queste comunicazioni agli occhi del paziente rendendole anti-plan sul momento, ma alla lunga, e se queste distorsioni vengono a loro volta analizzate, il paziente può acquisire maggiore *padronanza sul proprio funzionamento mentale*, dentro e fuori la stanza di terapia. Differenziare, e quindi non

identificare, le proprie credenze patogene con i sensi possibili del comportamento e delle comunicazioni altrui.

Nel caso della prima paziente, ad esempio, ciò ha significato chiarire che è normale aver bisogno di conferme del proprio valore e della propria amabilità, ma senza dimenticare che gli affetti e le reazioni di un'altra persona sono prima di tutto funzione delle inclinazioni, delle preferenze, dei gusti e degli stati mentali di quella persona, e non del proprio valore. E che non tutte le persone sono “giudici” adeguati del proprio valore. Ciò ha significato inoltre esplicitare che non sempre le richieste di un altro sono imposizioni che limitano drammaticamente la propria libertà, e che resta in ogni caso la propria libertà di scegliere se e quando fare ciò che l'altra persona ci chiede. Cioè che tanto il sì quanto il no all'altro possono essere il frutto di valutazione personale e deliberata della situazione specifica, e non scelte obbligate in funzione di una “traduzione automatica” della situazione, traduzione vincolata dalle proprie credenze patogene.

Nel caso della seconda paziente, chiarire l'accaduto ha significato mostrarle che sembrava tradurre in modo immediato una comunicazione o un pensiero dell'altro in una richiesta che la vincolava, e invitarla a prestare attenzione a questa tendenza a tradurre in modo immediato come vincoli le comunicazioni altrui, così da permettersi di vivere con maggiore leggerezza le situazioni che non implicano, di fatto, richieste, e sapere dire di sì o di no in modo riflessivo a quelle che le implicano. Detto per inciso, anche questo chiarimento è esitato per un po', nella seconda paziente, nell'impressione che io stessi cercando di “forzarla” a fare qualcosa.

In assenza di queste interpretazioni, credo la prima paziente avrebbe continuato più a lungo a cercare conferme esplicite dagli altri, rassicurarsi sul proprio valore se queste arrivavano, mettersi in discussione se non ne riceveva e sottrarsi reattivamente alle richieste degli altri se discordanti con i suoi desideri, e questo equilibrio, per quanto precario, avrebbe potuto protrarre più a lungo una condizione di grande dipendenza dall'approvazione altrui e bassa tolleranza emotiva alle richieste non sintonizzate degli altri. Nella seconda paziente, sono piuttosto sicuro che la non esplicitazione della sua equazione tra comunicazione e richiesta avrebbe prolungato di molto il suo bisogno di relazioni discontinue, o meglio il suo poter tollerare un rapporto solo nella misura in cui il silenzio e la distanza erano di gran lunga superiori alla presenza e alla comunicazione.

Degno di nota è il fatto che entrambe le pazienti soffrivano per la credenza patogena per cui se manifestavano il proprio punto di vista o desiderio, diverso da quello dell'altro, l'altra persona le avrebbe criticate, ne avrebbe sofferto, o le avrebbe lasciate. E testavano questa credenza per ribellione, con il rischio sempre presente di doversi punire per questo. Volevano entrambe piacere, ed entrambe volevano fare di testa propria. E, per entrambe, se l'altro le invitava anche solo a riflettere su questo punto, ciò significava che le stava criticando, rifiutando o pressando.

Il punto centrale su cui vorrei attirare le attenzioni del lettore sono queste "traduzioni immediate", ovvero le interpretazioni/distorsioni immediate della realtà, delle parole e delle azioni dell'altro dovuta alle credenze patogene attive nella loro mente. Un fenomeno che peraltro possiamo riscontrare anche nella vita quotidiana: un'educatrice molto preoccupata rispetto alle proprie competenze di lavoro, ad esempio, interpreta il dono di un libro sullo sviluppo dei bambini,

fattole da una collega, come un'indicazione implicita che sa sbagliando qualcosa nel suo lavoro – cosa che, di fatto, la priva di un'esperienza che avrebbe potuto dimostrarle l'affetto e la stima della collega.

Tutto questo deve spingerci a riflettere attentamente su se, quando, come e cosa dire ai nostri pazienti, in particolare quando ci testano. E ciò non significa che dobbiamo sempre rinunciare a interpretare per risparmiare ai pazienti delle sofferenze e superare i loro test in modo univoco, ma che dobbiamo mettere in conto la possibilità che accrescere il loro controllo esplicito sul proprio funzionamento mentale e aiutarli a evitare le conseguenze negative di comportamenti dalla valenza in parte autosabotante può implicare fallire, almeno in parte e ai loro occhi, alcuni test. Ed è meglio farlo dopo averli superati più e più volte, così da facilitare ai pazienti il compito di prestare ascolto a ciò che diciamo con meno timore. Ed è meglio interpretare quando, complessivamente, vivono come fondamentalmente sicura la relazione con noi.

Queste “traduzioni immediate” sono chiaramente fallimenti della mentalizzazione, e si associano in genere ad angosce di tipo persecutorio. E per poter lavorare su questi deficit e su queste angosce è necessario creare un clima relazionale e una relazione terapeutica in cui la presenza di una persona che disconferma le credenze patogene e le aspettative di ritraumatizzazione del paziente sia data in una buona misura per scontata. I pazienti ce lo chiedono, in modo implicito ed esplicito, e noi dobbiamo darglielo se vogliamo che possano accedere a letture molteplici della realtà, materiale e interpersonale, a una migliore autostima e a una realtà relazionale più benevola e realistica. Superare i test significa anche questo.