

Due esempi di test piuttosto istruttivi

di Ines Messina, Francesco Gazzillo¹ ©

In questo breve scritto riporteremo due esempi di test di due pazienti che abbiamo trovato personalmente piuttosto istruttivi, il primo perché mostra come un paziente possa mettere alla prova gran parte degli elementi del suo piano per mezzo di un unico test; nel secondo, invece, crediamo sia evidente come un paziente possa mettere alla prova le sue credenze patogene per mezzo dell'atteggiamento complessivo che assume in seduta, e che a sua volta tende a indurre nel clinico un atteggiamento complementare che può essere tanto pro-plan quanto anti-plan.

Entrambi gli esempi in questione illustrano poi come spesso test di transfert e test da passivo in attivo coesistano anche nella stessa comunicazione, o nello stesso atteggiamento. L'ultimo esempio, infine, crediamo possa essere interessante anche perché proposto da una paziente che soffre di psicosi, un tema ancora tutto da affrontare in ottica CMT.

Il mondo psichico in un granello di sabbia

Giovanna è una donna tra i trenta e i quarant'anni che soffre di un disturbo di panico presentatosi per la prima volta già un paio di anni fa e per cui al tempo ha effettuato una cura farmacologica e una psicoterapia della durata di un mese.

Dai primi due colloqui emerge che Giovanna aveva un rapporto conflittuale con il padre: il genitore era spesso svalutante e la accusava di non fare abbastanza o di non fare bene; anche il fratello e il marito, che è andato via da casa da poco

¹ Gli esempi clinici sono entrambi della dottoressa Messina.

tempo, le muovono le stesse accuse. Con la madre, invece, aveva *“un bel rapporto, lei mi diceva sempre cosa fare”*.

Gli obiettivi che vorrebbe raggiungere con il lavoro psicoterapeutico sono: *non avere più gli attacchi di panico, saper attendere, non avere l'ansia se non ha subito le cose che desidera, essere meno impulsiva e soprattutto avere più fiducia in se stessa*. La credenza patogena prevalente sembra essere *“Se mi mostro per come sono, verrò criticata e abbandonata traumaticamente dalle persone a cui mi lego”*.

Il giorno prima del terzo incontro, Giovanna chiama dicendo che *per diverse ragioni non potrà intraprendere il percorso psicoterapeutico e che quindi vorrebbe disdire l'appuntamento, ma aggiunge che deve comunque passare a saldare i colloqui precedenti*. A questa comunicazione reagisco spiazzata e assalita da sentimenti di rabbia e frustrazione, decido di non assecondare la richiesta di annullare l'appuntamento e la invito a mantenere comunque la seduta fissata e a discutere della cosa di persona.

Il giorno dopo Giovanna arriva puntualissima e per quasi tutta la seduta non accenna minimamente alla telefonata, se non a pochi minuti dalla conclusione, quando sembra quasi scusarsi e ringraziarmi per non averla assecondata nella sua idea di interrompere il lavoro che aveva deciso di fare su sé stessa. *In quel momento aveva avuto paura perché lei si lega troppo alle persone e quando se ne vanno ne soffre moltissimo (test di transfert per compiacenza); così ha pensato che la psicoterapia non poteva aiutarla più di tanto (test da passivo in attivo)*.

Con la comunicazione di voler sospendere le sedute, rifiutando così anche me, Giovanna ha apparentemente cercato di farsi rifiutare (se avessi accettato la sua richiesta), nella speranza inconscia che, invece, io le facessi capire che voleva rivederla, disconfermando così la sua credenza patogena per cui, se si mostra come realmente è, con i suoi desideri ed i suoi bisogni, verrà rifiutata e

abbandonata. Inoltre, svalutando l'efficacia del lavoro psicoterapico e di conseguenza le mie capacità, Giovanna sembra essersi identificata con le figure traumatiche della sua vita (padre, fratello, marito) e aver riservato a me lo stesso trattamento di cui lei è stata ed è tuttora vittima, nella speranza che io le potessi insegnare un modo diverso, e più efficace, per gestirlo, per esempio non essendone troppo turbata e non mettendo in discussione il mio valore.

Nel dirmi che voleva disdire l'appuntamento, quindi, è come se Giovanna avesse inconsciamente pensato: se lei ribadisce che vuole vedermi, questo vuol dire che davvero è interessata a me, quindi posso sentirmi un po' più al sicuro nel legarmi a lei; inoltre, se me lo dice senza rimanerci troppo male, allora posso davvero sperare che con lei imparerò a vivere le separazioni minacciate dagli altri senza mettermi troppo in discussione o soffrirci in modo eccessivo, e potrò imparare a essere più sicura di me.

Inoltre, ribadire l'utilità di vedersi nella data prestabilita ha aiutato Giovanna anche perché le ha permesso di vedere che ero in grado di starle vicino nell'attesa, sapevo limitare la sua impulsività, non ero troppo in ansia se il momento del nuovo incontro non arrivava subito e non mi mettevo in discussione troppo facilmente. L'ha sostenuta in tutti i suoi obiettivi. Senza esserne del tutto consapevole, con la mia risposta ho dato a Giovanna tutto ciò che Giovanna mi aveva inconsciamente chiesto con la sua comunicazione, e Giovanna ha ricambiato coinvolgendosi di più nel rapporto terapeutico: venendo in seduta e spiegando il senso della sua comunicazione.

Infine, l'effetto immediato del test superato per mezzo di una risposta abbastanza "tipica" – "Venga comunque e ne parliamo" – lascia supporre che Giovanna sia molto motivata a raggiungere i suoi obiettivi e disconfermare le sue credenze patogene, e non necessiti di grandi "prove" per sentirsi al sicuro. L'aggiunta per cui "devo comunque venire a saldare" sembra invece una

comunicazione di *coaching* fatta da Giovanna: guarda che vorrei rivederti e ricambiare quello che stai facendo per me!

Deferenza e follia

Maria è una paziente tra i venti e i trent'anni con diagnosi di disturbo psicotico. Il tema centrale del suo delirio è quello di *essere spiata tramite telecamere/satelliti che permettono alle persone che le stanno intorno di entrare nella sua mente e conoscere i suoi pensieri*. Questo, anche a detta della madre (figura descritta da Maria come piuttosto intrusiva, e al tempo stesso estremamente fragile, e della quale ricorda che da bambina era solita dirle “*non si fa*”), la rende, nel momento in cui si presenta il delirio, piuttosto collerica e a tratti aggressiva.

Me nei primi nove mesi di sedute con Maria, di tutto questo non vi è traccia. Al contrario, Maria è sempre molto educata, ancor prima di entrare in stanza domanda sempre *come sta, chiede sempre il permesso* di sedersi e chiede il permesso perfino di pagare le sedute. In questi nove mesi, il comportamento deferente di Maria non si è mai modificato, così come Maria non ha mai fatto cenno spontaneamente ai suoi deliri di riferimento né ai suoi momenti di rabbia, se non dietro mie sporadiche domande specifiche, e il racconto di episodi che l'avevano ferita o fatta stare male era sempre seguito dall'espressione “*e va bene così...*” o “*e comunque...*”. Sembra che Maria creda che i suoi bisogni e sentimenti siano sbagliati e che sia suo dovere metterli da parte e occuparsi al meglio del benessere altrui.

Dopo diversi mesi di terapia, però, le comunico esplicitamente che non è necessario che sia sempre così deferente e continui a sottovalutare/svalutare le sue reali emozioni, i suoi sinceri sentimenti rispetto a ciò che le accade. Lo faccio

anche perché da qualche seduta vivevo quel suo modo di fare come piuttosto costrittivo anche per me. A questo punto la paziente, col sorriso sulle labbra, mi dice: “*Minchia dott.ssa, mi mancano solo le corpa* ²”. Nelle sedute successive, Maria inizierà a parlare, senza la necessità di alcuna domanda, dei momenti in cui le sue idee deliranti si ripresentano.

In questo caso, la paziente sembra aver messo alla prova la propria credenza patogena attraverso un *test di transfert per compiacenza* (l’atteggiamento di deferenza e di autosvalutazione), e per superarlo ho dovuto comunicarle che non era necessario che fosse sempre deferente, che poteva esprimere le sue emozioni qualsiasi fossero. D’altra parte, è facile ipotizzare che un altro test importante fatto dalla paziente è stato il suo *non* riferire per mesi dei propri deliri per vedere se io avessi cercato di “entrare nella sua testa e vederli”, e io ho superato questo *test di transfert per ribellione* non facendo quasi mai domande e allusioni a essi per tutti quei mesi.

Entrambi i test in questione sono stati fatti *per mezzo di atteggiamenti* che avrebbe potuto facilmente indurmi a chiedere troppo prima (facendo troppe domande o ipotesi) e a essere troppo gratificata e gentile poi (non mettendo in discussione l’estrema gentilezza della paziente). E il superamento di questo secondo test è stato probabilmente mediato anche dal mio “spazientirsi”, esasperata da tutta quella “gentilezza”.

Un’ipotesi interessante che emerge da questo esempio riguarda poi il contenuto del delirio della paziente: le telecamere/satelliti che spiano i pensieri entrando nella sua testa sembrano essere rappresentazioni dell’intrusività materna, e la loro “presenza” sembra l’unica situazione che permette alla paziente di manifestare apertamente la sua rabbia, peraltro senza che essa si diriga in modo diretto ed esplicito alla madre. Questo, se confermato, supporterebbe l’ipotesi che Maria

² Percosse, in dialetto siciliano.

viva la sua rabbia, e la sua responsabilità di proteggere gli altri, in modo onnipotente.

La comunicazione delle idee deliranti, segno del superamento di questi test, può però diventare essa stessa un test, ma di che tipo di test si tratti sarà il prosieguo della terapia a dircelo. Probabilmente, un test di transfert per ribellione.

L'interrogativo che resta senza risposta è: per quale motivo le persone come Maria arrivano a creare una nuova realtà a cui credono come se fosse quella consensualmente riconosciuta come tale?

In questo caso, e sempre che la lettura proposta sia corretta, sembra che una delle funzioni del delirio di Maria sia quella di creare una realtà che la faccia sentire legittimata a esprimere sentimenti di rabbia che appaiono reazioni comprensibili, auto-protettive, rispetto all'intrusività materna, ma che la paziente vive come troppo pericolosi a causa di un senso di colpa da responsabilità onnipotente. In modo assolutamente paradossale, il delirio di riferimento fa sentire la paziente sufficientemente al sicuro nell'espressione di una rabbia che nasce altrove, nel rapporto con la madre. Al contempo, sembrano una forma di autopunizione per questa rabbia, come se dicessero che la mente della paziente è potenzialmente pericolosa e va quindi tenuta sotto controllo.

Abbiamo anche l'impressione, supportata da un dialogo avuto mesi fa con Marshall Bush, che la richiesta avanzata dai pazienti psicotici, che vogliono che l'altro creda e al tempo stesso non creda del tutto ai suoi deliri, possa essere essa stessa un test: mi puoi insegnare a rimanere legato alla realtà anche se una persona cara, in passato, mi ha chiesto di negarla per mantenere il rapporto con lei? Oppure: almeno tu, puoi credere che c'è del vero in quello che ti dico e accettarlo? Oppure: pensi anche tu che sono pazzo e che non bisogna darmi ascolto?

Ma, ripetiamo, la comprensione delle psicosi in ottima CMT è ancora tutta da sviluppare.