

## **Il testing finalizzato alla disconferma delle credenze patogene che sono alla base dei sensi di colpa interpersonali**

di Raffaella Velotti

Il *senso di colpa*, emozione che per eccellenza riguarda lo sviluppo morale, fa parte, come sottolineato dagli studi di psicologia evolutivista (D. S. Wilson, 2015; E. O. Wilson, 2012) delle caratteristiche selezionate nel processo di evoluzione della specie umana per garantire la sopravvivenza dei gruppi. L'eusocialità, cioè la capacità degli individui di organizzarsi in gruppi per utilizzare al meglio le risorse dell'ambiente e difendersi più efficacemente dai predatori o da altri nemici, è infatti una caratteristica fondamentale che ha consentito alla specie umana di diffondersi e di adattarsi anche agli ambienti più ostili.

Il senso di colpa ha come prerequisito la *capacità empatica*, ereditata geneticamente e riscontrabile negli esseri umani, e non solo, sin dai primi mesi di vita. Questa capacità consente di "sentire" ciò che provano gli altri ad un livello intuitivo e prerenflessivo. Gli studi sui neuroni specchio (Rizzolatti, Sinigaglia, 2006) hanno trovato il corrispettivo a livello neurobiologico di ciò che è osservabile nelle reazioni dei bambini anche molto piccoli alle emozioni espresse dagli altri.

La capacità empatica è, nella genesi del senso di colpa, unita al *senso di responsabilità* rispetto ad un disagio percepito nell'altro, ovvero alla *credenza* che un proprio comportamento, reale o immaginario, o l'omissione di esso, possa aver causato disagio o sofferenza ad un "altro significativo": i caregiver, i genitori o altre persone da cui la propria sopravvivenza dipende.

Secondo la Control-Mastery Theory, teoria psicodinamica-cognitiva di matrice relazionale del funzionamento mentale sviluppata da Joseph Weiss (1993) e Harold Sampson (1992) ed approfondita e verificata empiricamente dal Mount Zion (ora San Francisco) Psychotherapy Research Group, il nostro *funzionamento mentale inconscio* è fondamentalmente *adattivo* e comprende *processi mentali superiori*, come la capacità di osservazione e interpretazione degli eventi, di elaborazione e messa alla prova di piani, di inferenza e generalizzazione, di previsione delle conseguenze e di apprendimento. Queste funzioni ci consentono di creare fin dall'inizio della vita, prima inconsciamente e poi consciamente, delle "mappe" affidabili rispetto al funzionamento del nostro mondo, che ci servono a valutare le situazioni relazionali di sicurezza o di pericolo e di adattarci ad esse in modo da preservare quelle da cui dipende la nostra sopravvivenza. Weiss e Sampson hanno definito queste mappe *credenze*.

Le nostre credenze definiscono ciò che è *reale* e ciò che è *morale*. Sono l'insieme delle rappresentazioni di noi stessi, degli altri, del rapporto tra noi e gli altri e del mondo, che fanno da guida al nostro pensiero e ai nostri comportamenti.

Lo sviluppo delle credenze risente delle caratteristiche del *funzionamento psichico infantile*, per il quale è fondamentale per la propria sopravvivenza psichica vedere i genitori come forti, buoni e giusti e sentire di avere con loro una relazione sicura. Il pensiero infantile è inoltre *egocentrico e illogico*, caratterizzato da processi di attribuzione causale scorretta. Proprio per le motivazioni altruistiche di cui sopra, il bambino soffre per il disagio vissuto delle persone care, tende ad attribuirsi la responsabilità, mettendo in atto comportamenti anche dannosi per se stesso al fine di alleviare quella sofferenza e di preservare la relazione con le sue figure significative, che devono essere considerate buone e giuste. Per un bambino *la realtà vissuta nella relazione con i familiari e la moralità coincidono*.

Per le ragioni su esposte, è possibile che credenze risultate adattive nella relazione infantile e adolescenziale con caregiver traumatici possano risultare costrittive e fonti di grande sofferenza durante tutta la vita. Secondo la Control-Mastery Theory, queste *credenze* si definiscono *patogene* e sono alla base della psicopatologia umana.

Alle credenze patogene si associano comportamenti riconducibili a quattro tipi di rapporto con le figure di riferimento traumatiche: *compiacenza (compliance)*, in cui si cerca di ubbidire sia alle richieste esplicite sia a quelle che sono ritenute le richieste implicite dei genitori; *ribellione* (associata ad angosce di perdita, senso di colpa e autopunizione) in cui si esprime il bisogno di punirsi nel momento in cui non ci si allinea ai desideri dei genitori; *identificazione*, in cui ci si comporta con gli altri allo stesso modo dei genitori traumatici; *disidentificazione*, in cui ci si comporta con gli altri in modo opposto rispetto alle figure traumatiche, ma secondo modalità associate spesso ad angosce e sensi di colpa, ad esempio attuando comportamenti trascuranti con i propri figli in opposizione ad un modello genitoriale estremamente controllante.

Ogni essere umano, che è fondamentalmente motivato ad adattarsi all'ambiente, mette in atto per tutta la vita, sia inconsciamente che consciamente, comportamenti finalizzati a disconfermare le proprie credenze patogene e quindi a stare meglio. Questa attività continua attuata ogni qual volta si esplora il proprio mondo interpersonale è definita *testing*. Attraverso i *test*, noi mettiamo alla prova gli altri per verificare se condividono le nostre credenze patogene, sperando di vederle disconfermate per sentirci al sicuro e conseguentemente poter elaborare i nostri traumi e padroneggiare i nostri comportamenti.

Il rapporto psicoterapeutico rappresenta un'occasione fondamentale per la possibilità che offre di superare le proprie inibizioni e i propri sintomi, di padroneggiare i propri traumi elaborandoli all'interno di una relazione dove è possibile sperimentare un senso di reale sicurezza, dato dal fatto che *il terapeuta mostra di non condividere le credenze patogene del paziente anzitutto attraverso la realtà del rapporto che gli propone* (Sampson, 1992). La relazione terapeutica permette al paziente di vedere superati i suoi test più volte e in vari modi per molto tempo, cosa che nelle normali relazioni diviene difficile perché è proprio il fatto di sentirsi al sicuro che permette al paziente di "rischiare" nella relazione.

I test che i pazienti propongono sono di tre tipi:

- *i test di transfert*, associati a *compiacenza* o *ribellione*. Nel primo caso il paziente spera che il terapeuta gli mostri che essere compiacente rispetto alle richieste e ai messaggi del genitore traumatico non è necessario, che è sbagliato. Nel secondo caso, il paziente spera che il terapeuta gli mostri che è giusto rispettare i propri bisogni e ribellandosi alle richieste ai messaggi di un genitore traumatico, ma che il modo esagerato o disfunzionale in cui lo fa (a causa del senso di colpa e dell'angoscia di perdita) possono danneggiarlo, rappresentando una sorta di autopunizione.
- *I test di capovolgimento da passivo in attivo*, associati a *compiacenza* o *ribellione*. Nel primo caso, il paziente tratta il terapeuta come è stato trattato dal genitore traumatico, sperando che lui gli mostri come gestire diversamente questa situazione, senza esserne sopraffatto. Nel secondo caso, il paziente tratta il terapeuta in maniera opposta a quella in cui è stato trattato, sperando che il terapeuta incoraggi e accolga serenamente questo comportamento, frutto in genere di un processo evolutivo di elaborazione del trauma.
- *I test osservativi*, in cui il paziente semplicemente osserva il clinico nel suo comportamento generale, nel suo modo di essere e di vivere, per cercare in lui la disconferma di proprie credenze patogene e un esempio di qualità che vorrebbe sviluppare in prima persona.

Il *senso di colpa* deriva da molte credenze patogene e contemporaneamente le sostiene. Mentre secondo la psicoanalisi classica il senso di colpa è una conseguenza dell'ambivalenza provata verso le figure fondamentali della propria vita ed è tanto più intenso quanto più è forte l'aggressività rimossa, la Control-Mastery Theory dà risalto alla qualità adattiva di emozioni prosociali quali l'innato senso di responsabilità dell'essere umano di fronte alla sofferenza altrui, in particolare

quella delle persone care (O'Connor, L., 2002). In questa visione, la rabbia è una reazione alla frustrazione dei nostri bisogni sani o ad un senso di responsabilità eccessivo, e accresce a sua volta il senso di colpa, oppure il frutto di un'identificazione con un caregiver aggressivo, o un atteggiamento compiacente con un caregiver che ci vuole aggressivi, come nel caso della cultura familiare deviante.

I sensi di colpa interpersonali, nell'ottica della Control Mastery Theory, possono essere di quattro tipi:

- *Senso di colpa da separazione / slealtà*, derivante dalla credenza patogena che se ci separiamo / pensiamo in modo diverso dalle persone a noi care, queste ne soffriranno moltissimo o le danneggeremo gravemente. Questo porta ad evitare di allontanarsi o di mostrare la propria "differenza" rispetto al loro modo di pensare o agire.
- *Senso di colpa del sopravvissuto*, derivante dalla credenza patogena che essere più sani, più felici, avere più successo rispetto alle persone care significhi in qualche modo "togliere loro qualcosa", determinandone la sofferenza. Questo porta all'auto-sabotaggio frequente e a non riuscire a godere dei propri successi.
- *Senso di colpa da responsabilità onnipotente*, derivante dalla credenza patogena che è possibile impedire che gli altri significativi stiano male e che è un dovere adoperarsi continuamente per farlo. Ci si sentirà colpevoli e profondamente a disagio, ad esempio, se si smette per un periodo di prendersi cura delle persone care, limitando gravemente la soddisfazione dei propri bisogni personali.
- *Senso di colpa da odio di sé*, derivante non da un danno che si teme di arrecare o di aver arrecato agli altri, ma dalla sensazione che la propria colpa si trovi in se stessi, in come si è, cioè sbagliati, inadeguati, cattivi, e di conseguenza di non meritare protezione, amore o stima. E' alla base di condizioni cliniche spesso gravi ed è legato a profondi sentimenti di vergogna.
- *Senso di colpa da burdening*, derivante dalla credenza patogena per cui esprimendo i propri bisogni si pesa eccessivamente sugli altri.

Ho scelto l'argomento di questo lavoro ritenendolo significativo rispetto alle mie esperienze di paziente, che oggi rileggo alla luce delle mie prime conoscenze sulla Control-Mastery Theory.

Dopo due esperienze di psicoterapia più o meno utili ma finite precocemente in meno di un anno ciascuna, incontrai una terza psicoterapeuta che colse nel segno. Il nostro lavoro durò sei anni e si incentrò fondamentalmente sul disconfermare le mie credenze patogene alla base del senso di colpa da separazione / slealtà.

A., mia responsabile in una comunità residenziale dove lavoravo, diventò per un periodo la mia psicoterapeuta in seguito ad una richiesta che le feci. Il nostro rapporto lavorativo proseguì parallelamente a quello terapeutico. Lei mi incoraggiava a non intimidirmi di fronte alle porte chiuse e a rifiutare richieste non adeguate da parte dei colleghi, lavorando anche in questo modo sulla mia capacità assertiva. Mi aiutava molto con il lavoro ed io le ero infinitamente riconoscente, ricambiandola con favori personali. Il nostro lavoro terapeutico affrontava per la prima volta aspetti importanti della mia vita. C'era ad ogni modo in me un credenza patogena centrale, che restava ignota ad entrambe. Poteva essere riassunta così: "Se non conservi un atteggiamento deferente nei confronti della tua figura di riferimento, questa ne sarà molto delusa e perderai la relazione con lei".

Accettando con soddisfazione i miei continui segni di riconoscenza, A. falliva molti miei test di transfert per compiacenza. Una volta fallì un mio test da passivo in attivo: le telefonai in un orario serale piuttosto tardo come se nulla fosse. Lei ne fu turbata, mi disse che era come se avesse "spinto troppo" sul farmi sentire sicura di me. Il suo senso di colpa le impedì di mostrarmi come porre limiti all'altro in maniera serena: questo era ciò che avevo bisogno di imparare a fare, per questo motivo l'avevo "testata".

Il percorso psicoterapeutico con A. finì presto lasciando intatto il nostro rapporto. Lei continuò ad aiutarmi insegnandomi molte cose e io continuai ad essere per lei "parte della famiglia", replicando per certi aspetti le difficoltà che avevo con la mia.

Iniziai il mio secondo percorso psicoterapeutico nel 2007, a 25 anni. Era un "pacchetto" di 30 sedute obbligatorie, parte di un master che stavo frequentando. Anche stavolta avevo un rapporto pregresso con la mia terapeuta, che era in questo caso R., una dei due docenti fondatori della scuola. Capì che, verso la fine del numero di sedute programmato, R. visse un periodo stressante di litigi con l'altro docente fondatore. La scuola stava per dividersi in due e lei era la leader del gruppo di docenti che si sarebbe trasferita in un'altra sede. Io allora iniziai con i miei test di transfert per compiacenza, offrendole di buon grado lo spazio della mia seduta per parlarmi male del collega. Le



chiedevo aggiornamenti. Mi sentivo tirata nel gioco delle alleanze e sentivo il suo desiderio che io fossi dalla sua parte. Mi promise che avrei fatto uno splendido tirocinio con lei nella nuova sede della scuola. Durante l'ultimo colloquio programmato, io la ritestai esattamente come avevo fatto con A. due anni prima, con un *test di capovolgimento da passivo in attivo* per "metterla nei miei panni". Ovviamente non ne avevo idea. Le feci una richiesta impropria: poter continuare a venire da lei gratuitamente solo un'altra volta o due (avendo io già concluso il "pacchetto" di sedute che era compreso nell'iscrizione al corso) per essere aiutata ad impostare la tesi finale. Lei pure, come A., mi rispose turbata. La sentii a disagio nel difendersi da una mia eccessiva richiesta. Lo avvertii come un modo troppo discrepante rispetto all'idilliaca complicità che aveva caratterizzato le ultime sedute. Non mi richiamò mai più. A. confermò suo malgrado la mia credenza patogena che per conservare una relazione serena, un'alleanza, non è possibile negare all'altro la propria disponibilità.

Iniziai per fortuna la mia terza psicoterapia nell'estate del 2009. Avevo quasi 27 anni, ero già abilitata e avevo iniziato una scuola di specializzazione ad indirizzo sistemico-relazionale. Cercavo una supervisione privata per i miei primi casi ma, senza sapere bene il perché, non volli chiederlo ad un docente della mia scuola. Ebbi da una conoscente il numero di una psicoterapeuta a me sconosciuta, D., che aveva una formazione psicodinamica.

Telefonai per prendere un appuntamento. Le diedi del lei ovviamente, aspettandomi che mi desse a sua volta del tu come le due psicoterapeute precedenti. Aveva come loro una ventina d'anni più di me. Al mio presentarmi per una richiesta di supervisione, D. mi disse: "Ah, è una collega!" e continuò a darmi del lei nonostante io le dicessi che mi sembrava strano, che ero solo all'inizio e che preferivo il tu. Mi appariva solerte ma nello stesso tempo distaccata, formale. Insistendo nel dirle che io ero solo all'inizio e che non era necessario darmi del lei, le avevo appena fatto *un test di transfert per compiacenza* e lei lo aveva superato. Aveva iniziato a farmi arrivare l'idea che una nostra produttiva collaborazione poteva esistere in uno scambio alla pari, che non desiderava mie dimostrazioni di affetto o lealtà e che contemporaneamente voleva lavorare con me.

All'inizio della nostra prima seduta, la ritestai (*test di transfert per compiacenza*) riprovando a stabilire fra noi un clima "confidenziale", ma lei non cedette. Mi chiese un mio bigliettino da visita e lo scambiò con il suo.

D. si rese conto dai primi casi che le esposevo che avevo una problematica importante su cui lavorare. Il mio essere "affiliativa", così lo chiamava, era per me fonte di sofferenza piuttosto che un'arma da giocarmi bene. Mi propose di passare ad un rapporto psicoterapeutico e io accettai.

L'atteggiamento complessivo di D. continuava, nel corso della terapia, a sfidare le mie credenze patogene. Non era piacevole per me andare in seduta, ero tentata di mollare ma continuavo perché sentivo che mi serviva. Mi diceva cose che non mi piaceva affatto sentirmi dire sui miei atteggiamenti. Non sentivo che le interessasse un "rapporto armonioso" con me. Io la osservavo e sentivo, ad un livello totalmente inconscio, che questo avrei voluto saperlo fare anche io con gli altri: superava i miei test osservativi. Di fronte alle mie negazioni e alla mia tensione non si scompondeva per niente, continuando a mantenere il punto su ciò che aveva da dirmi. Poi mi sorrideva tranquilla alla fine della seduta mentre io avrei voluto ucciderla, ma sentivo che forse potevo anche dirle quanto mi dava fastidio.

Dopo il primo periodo in cui arrivavo in seduta regolarmente e puntualissima, le feci un *test di capovolgimento da passivo in attivo*: iniziai a chiedere spostamenti di orario tramite messaggi sul cellulare perché pensavo che sarei arrivata tardi. Lei le prime due volte mi concesse uno spostamento, ma quando la terza volta le telefonai poco prima della seduta per posticipare l'orario, rifiutò e mi diede un altro appuntamento. La volta successiva, in cui io andai in seduta puntuale ma con grande inquietudine, lei non lasciò andare l'accaduto, anzi gli diede molta importanza, dedicando tutta la seduta all'argomento. Mise in relazione questo mio comportamento con le altre cose che sapeva di me e mi aiutò a capire quello che facevo. Oggi credo che fu fundamentalmente il suo atteggiamento ad aiutarmi. *Lei mi mise dei limiti, ma senza sentirsene in colpa*. Fece con me quello che avrei voluto imparare a fare io con gli altri.

Qualche tempo dopo, mi sembrò che D. fosse distratta per un periodo da problematiche personali. Durante la seduta teneva d'occhio il cellulare e all'occorrenza rispondeva ai messaggi mentre continuava a parlare con me. Trovai il coraggio di lamentarmi, dicendole che non mi sentivo ascoltata. Anche in questo caso, M. superò il mio *test di capovolgimento da passivo in attivo* riportandomi con tranquillità, senza offendersi, a riflettere sui miei sentimenti nella relazione con lei e non accennando minimamente a smettere di fare ciò che del resto le era capitato in altri periodi di fare: usare il cellulare in seduta. Oggi comprendo quanto anche quel test superato da M. fu fondamentale per me, che avevo l'obiettivo di imparare a non farmi influenzare dalle critiche o dai consigli andando avanti per la mia strada. Quello che io, da "collega" quale iniziavo finalmente a sentirmi, ritenevo comunque non accettabile (usare il cellulare in seduta) fu utilizzato in modo da aiutarmi a raggiungere un mio obiettivo terapeutico fondamentale. *"Non esiste nulla che sia di per sé terapeutico o antiterapeutico"* (Gazzillo, 2016).

Queste stesse conoscenze CMT sono state inoltre essenziali per inquadrare l'esperienza clinica con i miei pazienti.

Laura ha 40 anni. È una donna molto capace e intelligente che ha sempre funzionato benissimo sul piano lavorativo. È indipendente economicamente e vive da sola in una casa a pochi chilometri dai genitori. Ha da sempre obiettivi sani e realistici: dimagrire, avere finalmente una relazione sentimentale e sessuale con un uomo che le piaccia, trasferirsi in città.

Laura ha una famiglia d'origine che appartiene ad una comunità religiosa evangelica. Sua madre ha sacrificato ogni aspirazione personale per la cura della famiglia e suo padre che ha sempre lavorato molto assentandosi da casa. È la prima di tre figli. Il secondo, Biagio, ammalato fin da piccolo di artrite reumatoide, si lamentava spesso per i suoi dolori ottenendo l'attenzione della famiglia intera. La terza, Caterina, ha avuto in adolescenza una grave psoriasi che le causava grande insicurezza e disperazione di fronte alla quale i genitori si sentivano molto angosciati. Laura ricorda che sperava che Caterina non la seguisse nelle uscite con gli amici, ma non osava negarle l'occasione di qualche divertimento. Uscendo con la sorella, Laura scoraggiava puntualmente l'interesse dei ragazzi su di sé per non farla soffrire. Il risultato fu che entrambi i suoi fratelli, chi prima chi dopo, si fidanzarono e ora hanno una famiglia. Laura invece si è consentita di essere efficiente sul piano lavorativo ma non ha mai dato spazio al proprio desiderio di costruire una relazione. Inoltre, nonostante i due fratelli sposati abitino come lei nello stesso paese degli anziani genitori, è comunque Laura che ultimamente, per la malattia del padre iniziata da qualche mese, è più impegnata nel prendersi cura di loro e sta mettendo in discussione il tanto desiderato trasferimento in città.

Laura è la più bella, vivace e capace dei tre fratelli. E' stata spesso desiderosa di mettere in mostra le sue caratteristiche e i suoi successi. Quando ha provato a farlo, però, è stata spesso svalutata dai fratelli e scoraggiata dai genitori, preoccupati dello squilibrio tra le opportunità diverse che i figli avrebbero avuto. Laura ha dunque sviluppato la *credenza patogena per la quale se mette in mostra le sue qualità farà soffrire le persone a lei care e verrà svalutata*.

Nel momento in cui ho riflettuto in ottica CMT sulla storia di Laura e ho ipotizzato una delle sue credenze patogene fondamentali, mi sembra di riuscire a lavorare con lei molto meglio. Mi sono accorta di non aver mai dato sufficiente importanza al rapporto con i fratelli e alle sue reazioni alla loro invidia, al suo bisogno frustrato di essere ammirata con soddisfazione.

Il suo è un *senso di colpa del sopravvissuto* sia rispetto alla madre, sia rispetto alle sorelle.

Proprio nell'ultima seduta, Laura mi ha raccontato che la sorella, in questo periodo in cui i tre figli fanno a turno per assistere il padre ammalato, sta premendo per prendere una persona a pagamento,



dicendo ai fratelli che loro non possono farcela a continuare con questi ritmi. Di conseguenza, Laura sta cercando di limitare la sua disponibilità, per non infastidire la sorella mostrandole di essere più capace di lei. Se non avessi focalizzato la credenza patogena di Laura, l'avrei portata a riflettere sul suo (reale e già manifestato) bisogno di prendere più spazio per sé, immaginando che non riuscisse ad ammetterlo a se stessa in quel momento. Invece ho sentito che per Laura era prioritario vedere disconfermata da parte mia la *sua credenza patogena che se mostra alla sorella di riuscire dove lei non riesce, lei ne soffrirà troppo* e che è giusto sentirsi in colpa per questo. Le ho quindi detto che non mi sembra affatto giusto limitare il suo bisogno di essere disponibile per la madre solo per non urtare la suscettibilità della sorella e che se la sorella ha problemi nel confrontarsi con chi è più capace di lei è un problema suo. Laura alla fine della seduta mi ha ringraziato e salutato con un'espressione di grande sollievo in viso.

Vincenzo è un ragazzo di 22 anni che, dopo un percorso scolastico travagliato già durante la scuola primaria, ha presto abbandonato gli studi. Da adolescente, ha scoperto attraverso un corso seguito presso un'associazione la sua passione per il cinema e per la regia. Dopo aver dimostrato un certo talento, ha iniziato a fare esperienza in quest'ambito. Attualmente sta lavorando ai suoi primi cortometraggi e frequenta uno studio di produzione video.

Vincenzo è ultimo di 3 figli. La madre è una donna rigida, perfezionista, ipercritica, che ha sofferto molto per il definitivo allontanarsi di suo marito proprio in concomitanza della sua terza gravidanza indesiderata. Il suo rapporto con Vincenzo, nato ad una certa distanza dai primi due, è sempre stato difficile. Alle frequenti svalutazioni materne, fatte di commenti continui sulla sua "incapacità" o sul suo aspetto fisico inadeguato e di frequenti paragoni con i fratelli, Vincenzo ha sempre risposto con una forte oppositività, soprattutto sul piano scolastico. Il padre di Vincenzo, più affettuoso con lui ma dalla presenza molto saltuaria e completamente assorbito dalla propria vita al di fuori della famiglia, ha iniziato a essere maggiormente disponibile per il figlio soltanto durante la sua adolescenza. A compensare l'evidente assenza affettiva materna, per Vincenzo c'è stata la presenza della nonna paterna, il cui rapporto "speciale" con lui è stato però ampiamente boicottato dalla madre.

Vincenzo ha sviluppato per via dell'atteggiamento materno e, più in là, di quello dei suoi fratelli, un *sensò di colpa da odio di sé*. Infatti, ha sempre provato una terribile vergogna rispetto al proprio aspetto fisico, che influenzava il rapporto con i compagni di scuola e lo esponeva al bullismo. Ancora oggi, nonostante questo sintomo sia andato migliorando nel corso della terapia, Vincenzo immagina di avere uno strano odore in metropolitana o che la gente si allontani da lui o rida per il suo aspetto.

Vincenzo ha obiettivi sani, piacevoli e realistici. Vorrebbe affermarsi professionalmente attraverso la passione per la regia che ha scoperto di avere, non ritenersi più “un cesso”, non sentirsi più sbagliato, inutile, inconcludente, incapace. Vorrebbe vivere una relazione sentimentale appagante, finalmente prendendo in considerazione l’eventualità di piacere sul serio e smettendo di comportarsi da “amicone” con le ragazze. Vorrebbe diplomarsi o addirittura laurearsi, viaggiare e conoscere altri contesti.

Nella relazione con la madre, Vincenzo ha sviluppato la credenza patogena che se mostrasse le sue notevoli capacità “tradirebbe” la visione di sé che lei gli ha trasmesso, cioè quella di una persona “sbagliata”, fallita, incapace, inutile e inconcludente. Un’altra credenza patogena molto limitante per Vincenzo è che se si mostrasse consapevole del suo fascino, curandosi di più, verrebbe svalutato e deriso.

All’inizio del nostro rapporto psicoterapeutico, Vincenzo mi sorprese con una serie di test di capovolgimento da passivo in attivo. In contrasto con la buona capacità di entrare in relazione di cui lo sentivo dotato, iniziò infatti dopo le prime sedute a fare commenti inconsueti sulla sala d’attesa del mio studio. La trovava orrenda. Io sorrisi, sentendo quella come una proiezione e non concentrandomi sulla sensazione di fastidio che mi procurava. Mi aveva del resto già parlato nelle primissime sedute delle parole umilianti di sua madre. Dopo un po’ riprese, prendendosela con il mobiletto della mia stanza che “non si poteva guardare” e con il colore della scrivania che era “inquietante” e per niente gradevole. Usava le sue conoscenze di video-maker per essere più incisivo nell’esprimermi le sue idee sulla bruttezza assoluta della mia stanza. Io continuavo ad ascoltarlo sorridendo, dicendogli che apprezzavo l’onestà con cui mi parlava e aggiungendo che per me la stanza era bellissima, così come la sala d’attesa.

Dopo quel test da me superato, Vincenzo continuò a venire regolarmente in seduta e puntualissimo. Nonostante gli fosse capitato di “appendere” sul più bello il responsabile del suo studio in occasione di un impegno importante di lavoro (non si era presentato senza avvisare), come aveva sempre fatto a scuola in occasione di compiti in classe ed esami, Vincenzo riusciva a continuare la psicoterapia evitando di distruggere tutto quello che aveva costruito. Continuò a frequentare lo studio dove lavorava nonostante il suo fallimento, che gli era costato notevoli rimproveri.

Dopo qualche tempo, di fronte al suo quasi vantarsi di aver perso dei soldi giocando alle corse, unica attività in cui Vincenzo può avere un dialogo con il padre e in cui temo possa sviluppare una dipendenza patologica, io ho avuto una reazione impulsiva. Gli ho parlato dei rischi della dipendenza patologica dal gioco d’azzardo e della sua tendenza a sabotare i suoi successi, ora che sta finalmente guadagnando con il suo lavoro perché sta ricevendo varie consegne per la

realizzazione di video. Gli ho detto che dalla seduta successiva gli avrei chiesto il pagamento di una somma simbolica per le sedute, che fino ad allora erano state gratuite. Lui si è dichiarato d'accordo, mi è quasi parso che gradisse quella mia decisione. L'avevo inteso come un *test di protezione* (in cui il paziente spera che venga disconfermata la sua credenza di non meritare attenzione e protezione) e avevo agito di conseguenza.

Nel mese successivo, invece, Vincenzo si è praticamente dimenticato di venire in seduta, come non gli era mai successo, per tre o quattro volte di seguito. Io sono stata molto dispiaciuta, pensando di averlo fatto sentire tradito cambiando le regole del setting. D'altra parte, ai suoi messaggi di scuse e di richiesta di un altro appuntamento rispondevo sempre scrivendogli che non c'era problema e che lo aspettavo la settimana successiva. L'ho voluto considerare un *test da passivo in attivo per farmi sentire "appesa"*, come il papà aveva fatto con lui, per vedere come reagivo. E come un modo per farsi rifiutare, con un *test di transfert per compiacenza*, agendo appunto in compiacenza con l'immagine di sé di persona incapace e inconcludente che la madre gli ha trasmesso. Non sapevo cosa fare. Gli rispondevo ogni volta solo dopo che lui mi aveva ricontattato, scrivendogli che non aveva nulla di cui scusarsi e dandogli un altro appuntamento.

Nella seduta in cui finalmente Vincenzo è tornato, dopo un mese circa, ho voluto parlare di quello che era successo. Lui mi ha detto di essersi divertito molto nell'ultimo mese, di non aver pensato ai suoi problemi, di essersi realmente dimenticato delle sedute. Mi ha detto anche di essere stato benissimo senza la terapia. A questo comportamento, di fronte al quale mi sono sentita inutile e rifiutata, ho risposto manifestandogli la mia volontà che continuasse. Sentivo che era un *test di capovolgimento da passivo in attivo*. Gli ho detto anche che avevo cambiato idea, che volevo che fosse lui a decidere se confermare la nuova regola del pagamento delle sedute e che se non avesse voluto saremmo tornati al modo precedente. Vincenzo è tornato la settimana successiva con il denaro necessario per pagare tutte le sedute che aveva saltato, "perché lui, da professionista, sapeva che ad un altro professionista non si può bloccare una data e poi appenderlo senza pagare". Iniziava a sentirsi un professionista e questo mi rendeva molto soddisfatta.

Da allora, Vincenzo ha continuato la frequenza regolare sia della terapia che del luogo di lavoro, facendo grandi progressi.

Lo studio della CMT è stato illuminante sotto molti aspetti, per costruire il rapporto con i miei pazienti ma, prima ancora di questo, per capire meglio me stessa, alcune scelte difficili che ho dovuto fare nel corso della mia vita, e le spiacevoli emozioni che derivavano dalle mie credenze patogene. Ho riletto le relazioni significative della mia vita alla luce della consapevolezza che, in ogni rapporto umano, ho sempre lavorato consciamente e inconsciamente per costruire la mia

felicità, data dalla possibilità di sentirmi al sicuro e di potermi esprimere pienamente. Ed è a partire da questa consapevolezza che costruisco ogni giorno il rapporto con i miei pazienti.

## Bibliografia

Gazzillo, F. (2016), *Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla Control Mastery Theory*. Raffaello Cortina, Milano

Gazzillo, F., De Luca, E., Genova, F., (a cura di) *Esplorazioni teorico cliniche: il primo anno del CMT-IG*. CMT Italian Group.

O'Connor, L., "Pathogenic Beliefs and Guilt in Human Evolution". In *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*, Gilbert, P., Bailey, K. (eds). New York: Brunner – Routledge

Sampson, H., (1992) "The Role of Real Experience in Psychopathology and Treatment". In *Psychoanalytic Dialogues*, 2, 4, pp. 509-528, 1992

Wilson, D. S. (2015). *Does altruism exist? Culture, genes, and the welfare of others*. New Haven, CT: Yale University Press.

Wilson, E. O. (2012). *La conquista sociale della Terra*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina, 2013.