

PSICOBIEETTIVO

RIVISTA QUADRIMESTRALE DI PSICOTERAPIE A CONFRONTO

PARITETICITÀ ED EMPATIA DELL'INTERPRETAZIONE

COMMENTO DI CECILIA LA ROSA ALL'ARTICOLO
"LA SEDUZIONE INEFFICACE"



cedis
editrice

ESTRATTO DAL NUMERO DUE • MAGGIO AGOSTO 1997



Cecilia La Rosa

PARITETICITÀ ED EMPATIA DELL'INTERPRETAZIONE

Per poter commentare l'articolo di Antonio Petri mi è stato necessario provvedere ad un riordino delle notizie sul caso clinico secondo uno schema tipico della ricerca. Nel fare questo ho dovuto necessariamente omettere i riferimenti e le analogie mitiche, storiche e filosofiche di cui l'articolo è corredato. Su tali dissertazioni non mi pronuncio trattandosi di riferimenti che non appartengono alla mia cultura di scuola.

IL CASO CLINICO

Paziente di circa 20 anni di sesso femminile, studentessa.

Dichiara di soffrire di insonnia, intensa ansia, associata ad agorafobia, umore depresso.

Lo stato ansioso è descritto associato a sintomi somatici caratteristici delle forme a tipo attacco di panico (crisi dispnoiche a tipo asma da pianto (?)), difficoltà di concentrazione, di memoria, pregressa anoressia.

Nella storia clinica mancano alcune notizie utili. Sappiamo della morte di un fratellino ma non che età avesse la paziente quando questo accadde; il lutto non fu elaborato adeguatamente da tutta la famiglia e portò alla sintomatologia alimentare, alla quale seguì, dopo alcuni anni la sintomatologia ansioso-depressiva e successivamente, un anno prima della richiesta di terapia un tenta-

to suicidio di cui non si sanno le modalità e a cui seguirà un ricovero.

Della famiglia si sa poco: «i genitori, rigidi per quanto solleciti nei suoi confronti, esprimono la loro sollecitudine in modo negativo, come critica per i suoi atteggiamenti, aumentando, anziché diminuire il suo senso di insicurezza».

La diagnosi è multipla e afferisce a diverse nosografie: viene proposto un «disturbo da attacchi di panico», una «anoressia», un «disturbo dell'umore a tipo bipolare».

I motivi della richiesta di terapia sono sconosciuti e ugualmente sconosciuta è la durata della stessa.

Le problematiche proposte dalla paziente sembrerebbero incentrate sul tema della amabilità, accettazione sociale: «Timida per carattere, per come si descrive, soffre se non riceve dal suo «pubblico» attenzioni e stima, e non esita a chiudersi a riccio se tali attenzioni vengono meno», sul tema della paura del giudizio degli altri: «Ipersensibile, tende ad interpretare negativamente gli atteggiamenti degli interlocutori, giungendo a rifuggire da nuove conoscenze, per il timore di essere mal giudicata»; sul tema della paura di essere abbandonata: «Il bisogno di accettazione si accompagna al timore dell'abbandono: esprime quest'ultimo come esigenza di compagnia, nel caso in cui le capiti di sentirsi male: rischierebbe infatti gravi



danni, e forse anche la morte, se, occorrendole un malore, non avesse sempre accanto a sé chi possa darle conforto».

Gli interventi terapeutici descritti nel testo sembrano utilizzare tutti la chiave dell'interpretazione. Sul problema dell'essere accettata dagli altri il contenuto dell'intervento: «Il timore di non essere accettata, coincide in realtà con la mancata accettazione di una parte di sé: quella pubblica, quella che attraversa la sfera dell'Apparire, del mettersi in mostra», rimanderebbe alla paziente un'immagine ulteriormente svalutata dalla «mancata accettazione di una parte di sé», oltre che dai problemi irrisolti del rapporto con il proprio corpo come mediatore dei rapporti sociali. Sulla paura del giudizio degli altri l'intervento proposto è aderente ad una tematica a carattere sessuale, dove il giudizio negativo altrui passerebbe attraverso la mancata seduzione: «Il timore di non essere attraente maschera qui un altro ben più temuto: quello di non essere sedotta». A tale interpretazione segue infine una lettura prototipica del primo Freud: «Lo spazio in cui la mancata seduttrice vorrebbe essere condotta è la camera dei genitori, luogo in cui transitò parte della propria infanzia».

La fantasia di guarigione della paziente, attraverso un intervento chirurgico per ridurre il grasso e sentirsi più bella viene infine interpretata dal collega con un altro classico della psicoanalisi: «Sarebbe ingeneroso per la paziente, brillante ed intelligente più di quanto non fosse disposta ad ammettere a sé stessa, e per il lettore, che dopo cento anni di psicoanalisi si suppone esperto in materia, enumerare i passi che da una bacchetta magica (il bisturi) possano condurre a ben più copiosa verga». Sulla relazione terapeutica infine si

chiarisce parzialmente il tipo di dinamica che il collega vuole utilizzare come spiegazione dei bisogni della paziente e come origine del fallimento terapeutico: «Il bisogno della paziente di essere sedotta e condotta attraverso il trattamento verso il cambiamento atteso e sperato, anziché affascinata dalla fandonia del terapeuta che la incanta ma appunto in un canto la lascia, quella del proprio interesse scientifico, viene né più né meno negato... Così il terapeuta, che si autocompiace delle proprie abilità intellettive e dell'ottimo controllo che dimostra del controtrasferimento e delle proiezioni della paziente, manca completamente il gioco della recita a lui proposta. Della situazione transferale scorge il lato più adulto, edipico, decidendo di interpretare il ruolo del Buon Padre Tollerante e Non Rifiutante, anziché quello che la paziente in realtà si attende: quello del Dio selvaggio, arcaico e punitivo, che impone obblighi e vincoli».

CONCLUSIONI

La paziente descritta sembrerebbe avere una struttura di personalità tipo «disturbo alimentare psicogeno», tale ipotesi mi sembra suffragabile sia dallo stile familiare, descritto come critico e intrusivo, dalla sintomatologia, (pregressa anoressia, disturbi dello schema corporeo), che dai vissuti (tema della critica e del giudizio, della amabilità accettabilità sociale, dell'estetica). Alcune dinamiche di tipo fobico sembrerebbero più riconducibili alla paura di esporsi. Caratteristica di queste pazienti è soprattutto la centralità della tematica della critica e dell'intrusività, associata poi con varie modalità al disturbo dello schema corporeo.



In un articolo da me pubblicato insieme a Giovanni Liotti su questa stessa rivista (La Rosa, Liotti, 1995) descriviamo alcuni processi terapeutici, con pazienti con disturbo alimentare, ad esito fausto ed infausto. La variabile utilizzata era l'attivazione all'interno della relazione terapeutica del "sistema motivazionale della dominanza-subordinazione". Secondo questa chiave di lettura le persone che nelle relazioni attivano prevalentemente il sistema motivazionale della dominanza-subordinazione tendono a rappresentarsi le relazioni stesse in una logica di tipo gerarchico dove chi comanda è una giudice, un critico, un invasore. L'idea portante dell'articolo proponeva che le terapie che esitavano in drop-out erano caratterizzate dalla difficoltà comune di paziente e terapeuta di costruire insieme un clima caldo, paritetico, collaborativo ed empatico nella stanza di terapia. Ostacolo principale a questa costruzione era spesso, al di là della capacità del terapeuta, la tendenza delle pazienti a leggere come una critica su di sé qualsiasi intervento e di posizionare il terapeuta in un ordine gerarchicamente superiore: "colui che mi guarirà", ma anche "colui che mi giudica". Tale lettura sembra fare parte anche delle intuizioni del collega Antonio Preti quando, parlando delle attese della paziente fantastica quella del "Dio selvaggio, arcaico e punitivo, che impone obblighi e vincoli".

L'unica uscita da questa empassa sembrava essere l'evitamento di qualsiasi intervento terapeutico di tipo autoriflessivo prima della costruzione di un clima di grande fiducia attraverso l'empatia e l'ascolto.

È possibile che le interpretazioni del collega siano state un po' troppo precoci e di conseguenza la paziente le abbia sentite prevalentemente come delle critiche? Oppure che le interpretazioni siano risultate alla paziente come intrusive sulla tematica sessuale da lei evitata come argomento di terapia? O che il collega abbia letto come transfert erotico la iniziale costruzione del clima caldo e collaborativo di cui sopra?

È l'interpretazione lo strumento terapeutico più adatto a questo tipo di pazienti? Ringrazio il collega per non aver rappresentato in terapia il "Dio selvaggio arcaico e punitivo" che, a mio parere, avrebbe comportato oltre all'abbandono della terapia anche il rischio di un danno iatrogeno da psicoterapia, e per la coraggiosa riflessione su di un insuccesso, sicuramente terapeutica e di stimolo per quelli di noi che cercano di crescere nel proprio lavoro.

BIBLIOGRAFIA

La Rosa C., Liotti G. (1995), "La diagnosi e la terapia dell'obesità sulla base della teoria dei sistemi motivazionali interpersonali", *Psicobiiettivo*, 15, 1, 11-24.

RIASSUNTO: L'autore commenta l'utilizzo dello strumento terapeutico dell'interpretazione in pazienti con disturbo alimentare psicogeno. Tale intervento, secondo l'autore, può produrre in queste pazienti un vissuto critico ed intrusivo che potrebbe causare l'abbandono della terapia stessa.

SUMMARY: The author deal about the feelings to be criticized by the interpretation therapeutic intervention in patients with eating disorders.