

Il paziente come vittima

“Non è importante ciò che ti è stato fatto: E’ importante ciò che tu hai fatto di quello che ti è stato fatto” (J.P. Sartre)

Il dott. Monteverde ha meditato e quindi sviluppato uno spunto offerto dal Dott. Coen il quale, in occasione di un precedente incontro del gruppo, aveva osservato come un pericolo insito nell’eccessiva insistenza ed importanza attribuita al lavoro ricostruttivo in terapia sia, per l’analista, quello di considerare il paziente come una vittima dei particolari personaggi e delle particolari circostanze che hanno caratterizzato la storia del suo sviluppo infantile.¹

Si tratta, secondo il dott. Monteverde, di un caso paradigmatico in cui l’analista più che pensare in termini oggettivi al paziente può utilmente pensare, riflettere sul come e perché egli percepisca e consideri il paziente in un modo piuttosto che in un altro, sul come egli si pone nei confronti della storia e della sofferenza del paziente medesimo: in sostanza, che cosa sta capitando in me stesso?

I membri del gruppo sono vivacemente stimolati da questa considerazione del dott. Monteverde e concordano nell’affermare che una dimensione particolarmente importante e fertile della ricerca che è possibile fare in psicoanalisi è quella relativa al lavoro introspettivo che l’analista può condurre nella propria testa allorché si trova a riflettere sui pensieri, sulle fantasie, sui sentimenti che si animano in lui nell’incontro con il proprio paziente.

In questa riflessione l’analista cercherà di riconoscere e di differenziare quanto nel suo atteggiamento attiene a se stesso, al proprio carattere e modo di essere e quanto attiene invece al carattere e alla particolare situazione emotiva del paziente.

In definitiva, sostiene il dott. Monteverde, lo strumento del nostro lavoro siamo noi stessi: quanto più ci conosciamo tanto meglio lavoriamo. Pertanto la ricerca che dovremmo privilegiare è quella che facciamo nei confronti di noi stessi. Quando capiamo qualcosa di più di noi stessi ci mettiamo nella condizione di capire qualcosa di più dei nostri pazienti, diventiamo persone un poco diverse e ci relazioniamo in modo un po’ diverso con loro. Questo tipo di ricerca è tanto più produttivo di intuizioni che si avvicinano al vero quanto più l’analista è libero, quanto meno è condizionato da vincoli di appartenenza a scuole e ai relativi orientamenti teorici, a società e istituzioni psicoanalitiche, vincoli che possano avere una determinante influenza sulla sua situazione reddituale e sulla sua posizione sociale e professionale.

¹ E’ lecito pensare che la maggior importanza teorica attribuita negli anni più recenti al fattore “deficit” rispetto al fattore “conflitto”, nella patogenesi del disturbo psichico, abbia portato a privilegiare il lavoro ricostruttivo come componente essenziale del metodo analitico e quindi ad una più facile caduta nella pregiudiziale “vittimistica”.

Cosa porta quindi l'analista a pensare al proprio paziente come ad una vittima? Il dott. Monteverde pensa che ci siano diversi fattori che inducono a considerare le cose in questi termini.

Anzitutto c'è il fatto che noi facciamo parte di una cultura che tende a considerare tutti i malati, sia organici che mentali, come delle vittime di qualcosa: vittime del microbo, del virus, del trauma, dell'habitat, delle intemperie etc. etc.

In psicoanalisi, cioè nell'ambito della cultura di cui facciamo specificatamente parte, sin dall'inizio Freud abbracciò una impostazione di questo genere formulando la teoria dell'origine traumatica dei disturbi psichici: sappiamo infatti come egli arrivasse ad ipotizzare che nell'infanzia del futuro paziente isterico, ossessivo, paranoico si fossero verificati degli episodi di seduzione e di abuso sessuale ad opera in genere di persone adulte appartenenti al suo entourage familiare, episodi che secondo Freud avevano rilevanza eziologica e patogenetica.

Come è noto e come risulta in particolare dalla lettera (139) che scrisse a Fliess il 21 settembre 1897 Freud sconfessò la teoria traumatica in quanto non la trovò aderente ai dati clinici e attribuì man mano sempre più importanza eziologica e patogenetica alle componenti endogene psicobiologiche della persona e ai conflitti fra queste e gli ideali e le norme che si costituiscono nella psiche in conseguenza del processo evolutivo. In realtà Freud non ha mai veramente abbandonato del tutto la teoria traumatica e pur riconoscendo il ruolo dominante della "realtà psichica" nell'ambito del disturbo psichico egli ha, a più riprese, testimoniato l'esigenza di radicare le sue ipotesi nelle fondamenta della "realtà materiale" attribuendo in particolare nei resoconti dei suoi casi clinici una grande importanza alla precisa e circostanziata ricostruzione relativa agli avvenimenti e ai personaggi della vita del paziente. Il prof. Petterlini osserva come Freud sia sempre stato, a questo proposito, oscillante il che è del tutto comprensibile ove si tenga conto della formazione scientifica di marca positivista in cui era radicato e della sua grande preoccupazione di non essere considerato "scientifico" da parte degli ambienti accademici dell'epoca sua.

Ancor oggi si verifica con notevole frequenza che un terapeuta in supervisione si dia gran pena nel descrivere come erano fatti il padre, la madre, lo zio o la nonna del suo paziente piuttosto che cercare di esplicitare quale sia la natura del problema che lo affligge nell'attualità.

Esiste quindi un pregiudizio in questo senso che è determinato dalla cultura generale e un pregiudizio più specificamente ricollegabile alla cultura psicoanalitica. Si dà inoltre anche il caso in cui è il paziente stesso che attivamente induce il sentimento, l'idea che egli sia una vittima: in tal caso l'eventuale tendenza a colludere con questa particolare visione che il paziente ha di se stesso e che desidera per qualche motivo sia condivisa, deve essere oggetto di riflessione clinica, di quel particolare lavoro di scrutinio, cui prima si accennava, relativo a quanto va accadendo nella testa dell'analista.

Il rischio che si accompagna ad una collusione di questo genere, che si verifica assai più frequentemente di quanto non si creda, è che il paziente rimanga attaccato all'idea che ciò con cui ha a che fare sono il padre storico reale, la madre storica reale, il fratello storico reale etc. etc. e non già il padre, la madre, il fratello che egli ha costruito nel suo mondo interno e che sono la vera causa della sua sofferenza psichica e dei disturbi che lamenta. Egli non è vittima, se così vogliamo esprimerci, del mondo degli oggetti esterni ma piuttosto di quello dei suoi oggetti interni che sono il frutto di una sua attività psichica, di un suo personale processo adattivo e di scelta che ha preso ovviamente il via anche da dati e spunti offerti dalla realtà.

Rendere il paziente consapevole di questo e fargli assumere la responsabilità che ne discende è la condizione necessaria affinché egli, seppure attraverso un processo non privo di dolore, possa individuare la vera causa della sua sofferenza psichica e trovare il modo di porvi mano, dando vita ad un autentico sviluppo evolutivo che non può invece aver luogo fintantoché egli rimane ancorato alla tentazione di incolpare e responsabilizzare in vario modo i suoi oggetti esterni storici.² E' possibile affermare che un paziente in tanto è analizzabile in quanto è in grado di rinunciare a questa tentazione assumendosi man mano la responsabilità di quanto accade nella sua psiche.

Colludere con il paziente in questo atteggiamento significa in sostanza non rispettarlo, non riconoscergli la capacità di una certa autonomia rispetto ai processi di adattamento sviluppati fin dall'infanzia in relazione alle esperienze favorevoli e sfavorevoli a quel tempo vissute.

Il dott. Monteverde esprime la convinzione che questo pregiudizio vittimistico, in sostanza la concezione della patogenesi traumatica del disturbo psichico, sia particolarmente e frequentemente presente nella mente dei terapeuti infantili e dei terapeuti degli adolescenti e possa condizionare il loro atteggiamento nei confronti dei genitori. Quando il terapeuta dell'età evolutiva immagina i genitori del proprio paziente, ne parla con il bambino o parla direttamente con loro, come prima o poi è sempre necessario fare, rischia di schierarsi a favore del bambino e di mettere in vario modo sotto accusa i genitori medesimi. L'alleanza emotiva con questi ultimi è un compito difficile e problematico. Nella mente del terapeuta i genitori sono quasi sempre colpevoli e questo rappresenta un problema emotivo che il terapeuta deve imparare a gestire anzitutto nella propria testa.

² S. Freud nella minuta H acclusa alla lettera 53 inviata a W. Fliess il 24/1/1895 ha individuato molto precocemente il meccanismo di esternalizzazione della colpa e della responsabilità (che chiamò per la prima volta "meccanismo di proiezione"). Egli lo concepì come una difesa dalla sofferenza, in particolare di natura narcisistica, che fa la sua comparsa specialmente nelle varie forme del disturbo paranoicoale. "l'idea delirante –dice Freud – è mantenuta con la stessa energia con la quale un'altra idea penosa in modo insopportabile viene respinta dall'Io". "Così essi amano il loro delirio come se stessi".

In queste persone si assiste "a una sopravvalutazione di ciò che la gente sa di noi e di ciò che la gente ci ha fatto" (sottolineatura nostra).

Il dott. Monteverde ribadisce che il tema del paziente come “vittima” fornisce un’occasione molto utile e favorevole per il terapeuta per pensare non tanto a ciò che succede nella testa del paziente ma a ciò che succede dentro di lui, nella sua di testa.

Il dott. Monteverde conclude portando l’esempio di una giovane paziente che ha un rapporto molto conflittualizzato col padre: da una parte apprezza le espressioni di affetto di cui il padre stesso la fa oggetto: contemporaneamente avverte un intenso fastidio quando si verificano queste situazioni.

A volte la paziente si sorprende ad avere delle intense reazioni fisiche di eccitamento. La somma dei suoi disagi la induce a pensare che sarebbe giusto allontanarsi da casa e vivere da sola, lontano dal padre. Il dott. Monteverde a più riprese ha invitato la paziente a riflettere sul fatto che l’origine della situazione disturbata si trova dentro se stessa: non è tanto cioè il padre concreto, fisico, che la disturba, quanto il rapporto che la paziente ha con il “padre interno”, con il “padre dentro” che si è andato appunto “strutturalizzando” in lei. Il dott. Monteverde ricorda come fin da bambina questa giovane donna sia stata prediletta dal padre, che fra i suoi cinque figli (tra maschi e femmine) ha “scelto” proprio lei per esternare i suoi propri (del padre) bisogni di tenerezza, calore, protezione ecc.

A questo proposito si precisa che la paziente ha sempre sostenuto di aver percepito nel padre, al di là di un’apparente sicurezza e buon equilibrio, una situazione carenziale che si sarebbe portato dietro dalla lontana infanzia; stato carenziale talmente primario che verrebbe espresso più che con le parole, con le coccole e le carezze. Il dott. Monteverde ha spiegato alla paziente che si tratta di una sua risposta psico-biologica primaria che è a volte indotta dal contatto con persone che sono particolarmente indifese e inermi. Per esempio si riscontra con una certa frequenza nelle persone che si dedicano alla cura dei bambini Down o molto regrediti tanto è vero che, come ha raccontato personalmente a lui la signora Sandler, si è verificata una volta nella nursery di una clinica per la psicoterapia infantile una vera e propria epidemia di reazioni di questa natura, che ha messo in seria difficoltà il personale e ha richiesto un intervento psicoterapeutico mirato sul gruppo delle ragazze addette alla cura di questi bambini. Nel caso della paziente si tratta quindi di una risposta, molto primaria e viscerale, suscitata dalla relazione intensa con il padre, vissuto appunto come una persona molto fragile e inerme. Alla luce di quanto detto il dott. Monteverde non pensa che sia giusto sostenere, colludendo, questo orientamento della paziente di uscire di casa: la paziente deve mettere il fuoco della sua attenzione non tanto sul comportamento del padre quanto sulla sua reazione; non deve cioè considerarsi come una vittima del padre ma guardare al problema che è nella sua testa, dentro di lei, e che è solo rivivificato dagli atteggiamenti paterni. Ciò è tanto vero

che recentemente la paziente ha riconosciuto di avere lo stesso tipo di reazioni anche quando si trova da sola e le capita semplicemente di pensare al padre.³

Da tutto questo discorso dovremmo trarre una morale. Messi di fronte ad un paziente la domanda che dovremmo porci è questa: fino a che punto possiamo responsabilizzare il paziente, qual è la misura del dolore psichico che il paziente in questo momento è in grado di tollerare senza ricorrere al meccanismo di esternalizzazione della responsabilità? La risposta a questa domanda stabilisce anche il limite di analizzabilità del paziente. Noi possiamo pensare che nel corso del tempo, acquistando un maggior sentimento di sicurezza e di fiducia in se stesso, il paziente sia in grado di sopportare meglio e più stabilmente questo peso psichico e trovare quindi una migliore soluzione una soluzione meno patologica, ai suoi problemi interiori. Ci dobbiamo cioè chiedere in ogni momento della terapia cosa il paziente è in grado di assimilare, di metabolizzare nel senso sopraindicato.

Il dott. Boyer, riallacciandosi a quanto diceva il dott. Monteverde relativamente alle tendenze esternalizzanti, particolarmente presenti e forti nei terapeuti che si occupano di bambini e di adolescenti, ricorda come alcuni anni or sono si sia trovato a condurre un gruppo in cui erano presenti alcuni terapeuti dell'età evolutiva e di avere effettivamente riscontrato come il loro problema principale fosse quello di tenere a bada la tentazione di colpevolizzare i genitori mantenendo con loro un buon rapporto e una buona alleanza. Era cioè estremamente difficile per loro venire a contatto con la sofferenza infantile senza cercare immediatamente uno o più carnefici da stigmatizzare nel tentativo di ridurre la sofferenza conseguente alla identificazione con il dolore dei piccoli pazienti. E' difficile evitare la tentazione di polarizzare il campo creando una contrapposizione fra "buoni" e "cattivi" perché questo è in fondo un modo per mantenere un certo distacco dai problemi con cui il bambino ha a che fare e che deve lui stesso affrontare.

³ Il dott. Boyer osserva che il caso descritto dal dott. Monteverde illustra, indirettamente e molto bene, due fenomeni probabilmente molto comuni, ma di cui poco si parla.

Durante le cure affettuose, le manipolazioni, le carezze e le coccole rivolte ai bambini molto piccoli, si può occasionalmente sviluppare un vero e proprio eccitamento sessuale sia nell'adulto, sia, ovviamente in forma molto primitiva, nel bambino. Tale eccitamento, spesso affrontato con disagio e ansia e accompagnato da sentimenti di vergogna e di colpa, se intenso e ricorrente può provocare nell'adulto reazioni difensive di irrigidimento, di presa di distanza, fino all'evitamento del contatto fisico con il bambino.

In altre situazioni, più vicine al caso riportato, può accadere il contrario. Le cure affettuose, le manipolazioni, le carezze e le coccole rivolte a bambini spesso un po' più grandi sono sostenute nel genitore da profondi bisogni insoddisfatti di cure e contatto fisico. Se protratte a lungo, pur in assenza di ogni intenzione o comportamento di seduzione, possono risultare intrusive, non rispettose del delicato equilibrio del bambino e quindi alterare l'atmosfera di tenera intimità e di piacere che normalmente accompagna le cure. Il bambino può rimanere vittima di un fraintendimento e vivere un'esperienza di eccitamento sconvolgente, che lascia una traccia, una memoria ed una elaborazione dell'esperienza relazionale vissuta sovrapponibile per qualità e non facilmente distinguibile dall'esperienza dei bambini vittime di veri e propri abusi sessuali.

Situazioni come queste inducono a riflettere sulla cautela necessaria nella valutazione del significato di fantasie, ricordi, sintomi, comportamenti che possono far pensare a episodi di abuso sessuale e sulle implicazioni sia cliniche che, talvolta, medico-legali di una superficiale equiparazione di esperienza soggettiva e realtà storica, di mondo interno e mondo esterno.

La dott.ssa Viganò interviene per dire, a questo proposito, come nella sua esperienza di supervisione con terapeuti infantili molto giovani e alle prime armi, ha osservato la tendenza a scotomizzare l'importanza delle informazioni e dei contributi che i genitori possono fornire e della necessaria alleanza che il terapeuta deve mantenere con loro. E' come se per proteggersi dalla tentazione di colpevolizzare i genitori medesimi e per la difficoltà di tener conto della grande complessità dei problemi relazionali familiari li mettessero da parte, li scavalcassero e si concentrassero subito ed esclusivamente sul bambino.

Il dott. Monteverde pensa che evitare questa trappola sia anche un modo per favorire il processo di individuazione del terapeuta stesso che si può magari sentire più solo sì, ma anche confortato dalla sua tensione verso una sempre maggiore autonomia.

Inoltre colludere con il vittimismo dei pazienti significa far loro un cattivo servizio e renderli alla fin fine più infelici. La stessa cosa capita nella vita. A questo proposito il dott. Monteverde cita l'esempio di una persona che ha conosciuto, che è nata con un difetto fisico su cui la famiglia ha steso un velo pietoso e di cui non si è potuto mai parlare. In sostanza questa persona è stata considerata come una povera vittima e il problema non è mai stato affrontato nei suoi termini realistici. Il risultato è stato che questa persona si è chiusa in una bolla vittimistica limitando notevolmente il proprio sviluppo e la propria condotta attiva nei confronti della vita, rifugiandosi in un atteggiamento sostanzialmente colpevolizzante nei confronti delle persone a lei vicine. Il dott. Monteverde paragona questo esito non particolarmente felice con quello ottenuto da un'altra persona che egli ha conosciuto e che ha avuto significative esperienze di deprivazione nel corso della propria infanzia. Questa persona tuttavia, al contrario della prima, ha avuto la possibilità di apprendere la lezione della vita, di imparare dalla propria infelicità, di utilizzarla e ha avuto una esistenza ricca e produttiva. In particolare questa persona si dedica da una decina d'anni al volontariato il che è ovviamente significativo perché rappresenta una soluzione buona e fattiva rispetto ai problemi di abbandono e di deprivazione che hanno caratterizzato le prime fasi del suo sviluppo.

Se noi permettiamo ai nostri pazienti di sentirsi vittime rischiamo di non permettere loro di utilizzare in modo proficuo quella particolare "lezione della vita" in cui consiste l'analisi e ci rendiamo correi della loro stagnazione esistenziale.

(a cura del dott. Paolo Coen Pirani)