

Control Mastery Theory: una base per l'integrazione tra i diversi modelli di psicoterapia.

Ludovica Bedeschi¹

¹Training Mancini 2006-2009

Riassunto

La Control-Mastery Theory (CMT) è una teoria che riguarda il funzionamento mentale, la psicopatologia e la psicoterapia. Fu introdotta da Joseph Weiss, e in seguito approfondita ed empiricamente consolidata dallo stesso Weiss, da Harold Sampson e dal San Francisco Psychotherapy Research Group intorno ai primi anni Settanta. Sebbene questa teoria nasca in seno alle teorie psicoanalitiche, essa presenta diversi punti di contatto con l'approccio cognitivista. Essa parte dall'assunto che ogni individuo, fin dai primissimi anni di età, tende ad adattarsi alla realtà che lo circonda e a modificare le proprie mete e credenze allo scopo di assicurarsi la vicinanza e la protezione delle figure di attaccamento. Tale adattamento può dare esito all'insorgenza della psicopatologia laddove, a seguito di una serie di traumi, l'individuo sviluppi una serie di credenze patogene che lo arresteranno nello sviluppo delle proprie capacità di autonomia e crescita personale. I concetti su cui essa si fonda (piano, test, e credenza patogena) risultano familiari al lettore cognitivista e l'enfasi che la CMT pone sul processo terapeutico risulta essere un importante spunto di riflessione per tutti i terapeuti che si occupano o che si interessano alla relazione terapeutica come elemento determinante del buon esito della terapia.

Con il suo operato la CMT getta le basi per una possibile integrazione degli approcci terapeutici.

Summary

Control Mastery Theory (CMT) is a theory of the mind, psychopathology and psychotherapy. It was introduced by Joseph Weiss, and was investigated empirically and developed by Weiss, Harold Sampson and The San Francisco Psychotherapy Research Group around early 1970. Although it arises within the psychoanalytic theories, CMT shows many contact points with the cognitive approach. CMT assumes that each individual, from his earliest years of life, tends to adapt himself to his environment and to modify his goals and beliefs to ensure the proximity and the protection of his caregivers. This adjustment may result in the onset of psychopathology where, due to a several traumas, the individual develops a series of pathogenic beliefs that will negatively interfere with his developmental process toward autonomy and personal growth.

The concepts on which CMT is based (plan, test and pathogenic beliefs) are familiar to the cognitive reader and the emphasis that it places on the therapeutic process is an important food for thought for all those therapists who consider the therapeutic relationship as a determinant element for a successfully psychotherapy.

Thanks to its work, CMT lays the foundations for a possible integration among different psychotherapeutics approaches.

Introduzione

Sebbene la Control-Mastery Theory nasca e si sviluppi nell'ambito psicoanalitico grazie alle brillanti intuizioni di due psicoanalisti, Joseph Weiss e Harold Sampson, essa mostra chiaramente diversi punti di contatto con i principi su cui si fonda la psicologia e la psicoterapia cognitiva.

A livello dei tre termini basilari utilizzati nella teoria di Weiss, "piano", "test" e "credenza patogena", un cognitivista è in grado di orientarsi con facilità. "Piani e struttura del comportamento" è il titolo del libro di Miller Galanter e Pribram, pubblicato nel 1960 dopo del quale è andato affermandosi il termine "cognitivismo". L'idea di "piano" fonda dunque addirittura il cognitivismo nell'opera di Miller Galanter e Pribram, e questa idea ricompare nella Control-Mastery Theory come concetto centrale.

Nel libro di Miller Galanter e Pribram, si trova anche il concetto di "test": il piano si esprime fondamentalmente attraverso un continuo confronto fra quanto l'organismo conosce e si aspetta da una parte, e quanto l'ambiente gli offre rispetto alle mete del piano; questo confronto viene chiamato appunto "test" nel famoso modello TOTE (Test-Operate-Test-Exit) proposto da Miller, Galanter e Pribram.

L'altro termine chiave del modello di Weiss, "credenze patogene", è il termine centrale di uno dei primi contributi alle applicazioni cliniche del cognitivismo, la Terapia Razionale-Emotiva di Albert Ellis. Ellis (1962) parla di credenze irrazionali e patogene e le considera come il centro dei disturbi presentati dal paziente in psicoterapia, in modo assai simile a quello descritto da Weiss.

Stando a queste premesse risulta plausibile che i problemi clinici affrontati dalla CMT e le soluzioni da essa apportate, possano essere affrontati con i concetti tipici del cognitivismo.

Inoltre, le scoperte più significative per quanto riguarda la ricerca in psicoterapia e il processo terapeutico risultano essere quelle operate dal San Francisco Psychotherapy Research Group, fondato da Weiss e Sampson nei primi anni Settanta.

Gli assunti sviluppati dalla CMT si pongono come un' importante risorsa da cui tutti i terapeuti cognitivisti che si occupano di processo e relazione terapeutica dovrebbero attingere. Grazie alla conoscenza e all'applicazione dei principi clinici di tale teoria, all'interno di una cornice di riferimento cognitivista, si possono riscontrare nuove ed efficaci chiavi di lettura del lavoro terapeutico, consentendo di ampliare gli strumenti di comprensione e intervento clinico.

Breve storia della CMT (Control-Mastery Theory):

La Control-Mastery Theory è una teoria che riguarda il funzionamento mentale, la psicopatologia e la psicoterapia. Fu introdotta da Joseph Weiss, e in seguito approfondita ed empiricamente consolidata dallo stesso Weiss, da Harold Sampson e dal San Francisco Psychotherapy Research Group intorno ai primi anni Settanta.

Caratteristica determinante di questo gruppo è la preziosa ricerca empirica, condotta con metodi rigorosi, che ha contribuito a renderlo molto conosciuto nella comunità psicoanalitica e in quello della ricerca in psicoterapia.

La prima riflessione di Weiss, che lo portò poi allo studio approfondito di alcune dinamiche psicologiche di cui il testo “How psychotherapy Works”(1993) ne rappresenta il coronamento, emerse da una serie di osservazioni cliniche raccolte durante diversi anni di lavoro psicoanalitico.

Le sue riflessioni si concentravano sul comportamento, tanto comune quanto paradossale, dello spettatore di un commovente spettacolo teatrale o cinematografico che si metteva a piangere al momento del “lieto fine” e non piuttosto nelle scene di maggiore drammaticità o dolore.

Weiss ipotizzò che, immedesimandoci per un momento nei panni dell’attore, era facile comprendere come, nei momenti più drammatici non possiamo permetterci di esprimere dolore quando le situazioni sono particolarmente difficili o avverse, perché ci mettiamo in assetto da difesa per far fronte efficacemente alle difficoltà; al contrario, nel momento in cui percepiamo una condizione di sicurezza (nell’esempio del lieto fine possiamo immaginarci una riunione tra due amanti dopo mille peripezie) possiamo abbandonare la difesa, permettendoci l’esperienza delle emozioni dolorose e il pianto a lieto fine che sino a quel momento avevamo dovuto reprimere.

Allargando queste osservazioni al processo della psicoterapia, Weiss formulò il primo abbozzo della sua teoria : la psicoterapia, grazie al setting e al comportamento del terapeuta viene gradualmente vissuta come una situazione di sicurezza in cui il paziente può permettersi di ricordare e risperimentare emozioni del passato, anche dolose, integrandole con la sua personalità globale. Per Weiss, inoltre, la psicoterapia è un processo interpersonale in cui il paziente cerca inconsciamente nel terapeuta una persona capace di creare una tale situazione di sicurezza attraverso la quale poter disconfermare le sue credenze patogene.

Basi Teoriche

Stando ai principi della CMT, la principale motivazione di un individuo è l’adattamento alla realtà, soprattutto alla realtà del suo mondo interpersonale.

Egli comincia nella prima infanzia e nella fanciullezza a cercare di adattarsi al suo mondo interpersonale, e tale tentativo continua per tutta la sua vita. In questo processo egli cerca di formarsi idee attendibili, ovvero una conoscenza, su di sé e su sul ambiente. Per tutta la vita cercherà di imparare ad agire sugli altri e a prevedere le loro reazioni, e di apprendere i principi etici e morali a cui gli altri si aspettano che si conformi nella sue relazioni con loro e a cui gli altri aderiscono nel rapportarsi a lui.

Tali apprendimenti hanno inizio nella prima infanzia, e nell’esperienza con i genitori e i fratelli, e attraverso i loro insegnamenti.

Le credenze acquisite dall’individuo riguardo alla realtà e alle norme morali sono fondamentali per la sua vita mentale conscia e inconscia e sono estremamente perentorie. Esse orientano tutti i compiti cruciali

di adattamento e di sopravvivenza; organizzano il processo percettivo: l'individuo infatti percepisce sé stesso e gli altri perlopiù in base alle convinzioni che si è formato riguardo a sé e agli altri.

Inoltre, tali credenze organizzano la personalità. Ed è in accordo con le sue credenze riguardo alla realtà e alle norme morali che il soggetto darà forma e senso alle sue aspirazioni, ai suoi affetti e ai suoi stati d'animo, sviluppando in tal modo la sua personalità. D'altra parte, se si attiene a credenze non adattive, che vengono definite dalla CMT patogene, l'individuo svilupperà e manterrà la sua psicopatologia.

La psicopatologia secondo la CMT

La psicopatologia ha le sue radici nelle credenze patogene negative, che hanno carattere perentorio e sono scarsamente adattive; esse inducono il soggetto a temere di mettere in pericolo sé stesso o altri se cercherà di perseguire determinati obiettivi normali e desiderabili, come una carriera lavorativa soddisfacente o una vita matrimoniale felice.

Il soggetto teme pericoli esterni come la rottura di un rapporto importante, o pericoli interni, quali un'emozione dolorosa (paura, vergogna, senso di colpa, ansia e rabbia). Rimanendo fedele alle sue credenze patogene, attento ai pericoli che esse gli preannunciano, continuerà a mantenere in piedi il proprio comportamento disfunzionale rimuovendo quegli obiettivi che appaiono come "pericolosi" e si asterrà dal perseguirli.

Le credenze patogene si instaurano nell'infanzia a seguito di esperienze traumatiche vissute nel proprio ambiente familiare. Si tratta di "traumi" intesi come esperienze in cui il tentativo di raggiungere un obiettivo normale rappresenta la minaccia di rottura del legame con i propri genitori. Nello specifico si può trattare, ad esempio, di un bambino che ritiene di "ferire" o "abbandonare" i suoi genitori nei suoi tentativi di autonomia.

Si noti come qui, il concetto di trauma non è inteso nella sua accezione più drammatica. Dando per assodato che il trauma dell'abuso fisico o sessuale si pone al vertice della gerarchia delle esperienze traumatiche, per la CMT il concetto di "trauma" si allarga a tutte quelle esperienze in cui il bambino rinuncia a qualcosa di sé in favore del mantenimento del legame affettivo con i suoi genitori (una grave depressione materna ad esempio).

Formazione e persistenza delle Credenze patogene

Le credenze patogene derivano la loro forza dal fatto che vengono acquisite nella prima infanzia e nelle fanciullezza dall'interazione del bambino con il suo ambiente familiare, a cui egli attribuisce una autorità assoluta. I genitori sono fondamentali perché il bambino ne ha bisogno per sopravvivere e crescere: l'unica strategia vincente per il suo adattamento consiste nel mantenere con loro una relazione affidabile.

L'importanza dei genitori nella sua vita spinge il bambino a percepirla come onnipotenti e saggi. Inoltre, egli non ha sufficiente esperienza di altri rapporti tra esseri umani per poter valutare correttamente i comportamenti dei suoi genitori; quindi, in caso di conflitto tenderà a pensare di avere torto e attribuirà la ragione ad essi.

Come breve riferimento empirico, Beres (1958) dimostrò attraverso uno studio che circa il 90% dei bambini adottati pensavano di essere stati scacciati dai loro genitori naturali come meritata punizione per qualcosa di cattivo che avevano commesso.

Poiché le credenze patogene si formano nell'infanzia, sono collegate alle motivazioni del bambino riguardo ai genitori, che comprendono il suo desiderio di dipendere da loro, di potersene fidare, di poter essere autonomo, di competere con loro e di identificarsi con loro. I "pericoli" contro i quali le credenze patogene lo mettono in guardia possono essere sia esterni che interni. Il bambino può credere che se perseguirà un obiettivo proibito, potrà sperimentare paura, vergogna, senso di colpa, continui dubbi su se stesso, oppure correrà il rischio di causare una rottura nella relazione con i suoi genitori. Potrà temere di ferirli o di essere rifiutato o punito.

Le credenze patogene rispecchiano l'egocentrismo del bambino, la sua insufficiente conoscenza della causalità e la sua ignoranza dei rapporti umani.

Egli tende ad assumersi la responsabilità di tutto ciò che gli accade: qualsiasi azione riprovevole compiuta da uno dei suoi genitori o qualsiasi cosa sgradevole che gli capita. Per esempio, il bambino può sentirsi colpevole della depressione, della malattia o della morte di uno dei due genitori o delle cattive maniere che essi usano nei suoi confronti.

Come si formano le Credenze patogene.

Il bambino può formarsi credenze patogene semplicemente convincendosi che i genitori lo trattano come merita. Egli può anche acquisire credenze patogene insegnategli dai genitori. Si può prendere ad esempio un caso di un paziente la cui madre continuava a ripetergli che apparteneva a lei e che doveva sacrificarsi per lei. Pur coscientemente avverso a questa idea, inconsciamente la accettava e, una volta adulto, continuò a comportarsi di conseguenza. Si dava da fare strenuamente nell'eseguire lavori mal pagati e scarsamente gratificanti e sposò una donna che pretendeva l'impossibile e dava pochissimo (Asch, 1976).

Le credenze patogene hanno lo scopo di mantenere l'adattamento del soggetto alla sua realtà, nonostante la loro disfunzionalità. Stando al contesto nel quale esse prendono forma, non sono nemmeno tanto irrazionali. Divengono disfunzionali nel momento in cui impediscono la realizzazione di un obiettivo adattivo per la persona. Un altro aspetto rilevante riguarda il mantenimento delle Credenze patogene. Spesso esse permangono perché si autorinforzano. Ad esempio, un paziente la cui credenza patogena si basava sul dovere assoluto di cure alla madre, nel momento in cui cominciava a mettere in atto

la “disconferma” di tale credenza occupandosi anche di sé stesso, la madre si ammalò e questo andò a rimarcare i suoi sentimenti di colpa per aver spostato il focus dell’attenzione, rinforzando così la sua credenza patogena.

Non esiste una categorizzazione di credenze patogene, esse sono soggettive e possono prendere le forme più variegate. Sebbene determinate esperienze infantili possano prevedere l’insorgenza di credenze patogene intuitivamente ad esse correlate, non è detto che vi sia una corrispondenza diretta del tipo “trauma X = credenza Y”.

Il Piano di Guarigione del Paziente

Uno dei concetti chiave attorno al quale ruota la CMT riguarda il Piano di Guarigione del paziente. Esso riguarda una sorta di progetto interiore seguendo il quale ogni persona andrebbe attivamente (e delle volte in modo inconscio) alla ricerca di situazioni e persone capaci di aiutarlo a disconfermare le sue credenze patogene. Il piano inconscio, legato all’autentico progetto di vita del paziente e sempre dotato di finalità adattive dovrebbe essere assecondato dal terapeuta attraverso interpretazioni e comportamenti “consoni al piano” (pro-plan).

Fin dai primi contatti con il paziente, il compito del terapeuta è quello di tentare di comprenderlo.

Il terapeuta deve tentare di esprimere in parole le credenze patogene del paziente, i suoi obiettivi e i suoi piani, affinché il paziente possa disconfermare le sue credenze patogene e perseguire i suoi obiettivi. Se il terapeuta elabora delle ipotesi esplicite, anche se molto provvisorie allora ha qualcosa su cui lavorare.

Il terapeuta non deve accontentarsi di una formulazione del piano se essa non lo aiuta a capire tutto o almeno la maggior parte di ciò che egli conosce sul paziente.

Nel tentativo di individuare quali sono i veri obiettivi inconsci del paziente in base ai suoi obiettivi dichiarati, il terapeuta deve partire dall’assunto che i veri obiettivi del paziente siano ragionevoli e normali. Se il paziente dichiara obiettivi scarsamente plausibili, probabilmente lo fa rimanendo fedele alle sue radicate credenze patogene inconscie.

In diversi casi, all’inizio di una terapia il paziente può non essere in grado di dichiarare esplicitamente i suoi obiettivi. Questa capacità varia da paziente a paziente e dipende, tra l’altro, dal grado di adesione alle proprie credenze patogene. Anche qui, come nel caso delle credenze patogene, il piano del paziente volto alla disconferma delle sue credenze patogene attraverso la relazione terapeutica è altamente individuale e caso-specifico.

Disconferma delle Credenze patogene: I test.

Il concetto di test risulta essere forse quello più importante all’interno della cornice teorica della Control-Mastery Theory.

In terapia, il paziente mette alla prova il terapeuta dall'inizio alla fine del trattamento. La capacità del terapeuta di riconoscere e superare questi test è fondamentale: da essa ne dipende il buon andamento e la riuscita della terapia. L'attività di testing del paziente avviene per via inconscia e tra i vari scopi spicca quello di andare a disconfermare le proprie credenze patogene per poter acquisire una maggiore capacità di padroneggiamento personale (la capacità di "mastery" per l'appunto). Come accennato più sopra, lo scopo del test non riguarda solo la disconferma della o delle credenze patogene del paziente ma anche la possibilità di rielaborare traumi infantili, superare alcune identificazioni o alleanze patologiche con le figure genitoriali e sviluppare nuovi pattern di risposta grazie al modellamento dato dalla figura del terapeuta.

Vi sono alcuni indicatori che si riferiscono al superamento o al fallimento di un test da parte del terapeuta. Un test superato produce un innalzamento della capacità di insight, un abbassamento dell'ansia e una maggiore produzione di ricordi/episodi legati alla credenza patogena. Il fallimento di un test al contrario, ha come risultato il rinforzo della credenza patogena, un innalzamento dei livelli di ansia e spesso ha come diretta conseguenza un drop-out di una o più sedute, se non addirittura della terapia stessa nei casi più delicati. Il paziente per fortuna concede al terapeuta più di una possibilità di fallimento dei test; la ripresentazione sistematica di un test è uno spunto importante per il terapeuta di riflettere su alcuni punti che risultano cruciali per il proseguimento della terapia.

Riconoscere un test non è mai cosa semplice anche perché spesso gli indicatori di tale momento relazionale sono variabili e spesso vengono colti solo in seconda battuta dal terapeuta.

Dunque, quali comportamenti del paziente debbano essere considerati dei test è in un certo senso arbitrario poiché i test differiscono dagli altri comportamenti soprattutto quanto all'intensità. Raramente il paziente mette alla prova il terapeuta in modo casuale. Per esempio, un paziente che teme di essere rifiutato è probabile che minacci l'interruzione del trattamento nella speranza di poter essere indotto a continuare. Non attiverà questa minaccia finché non avrà una buona ragione per farlo, per esempio qualora gli venisse offerto un lavoro in un'altra città.

Come accennato più sopra, il comportamento che il paziente assume quando mette alla prova il terapeuta non differisce dal suo comportamento abituale. Un caso emblematico riguarda una paziente che dopo 4 anni di terapia disse che voleva interromperla. Le ragioni dell'interruzione apparivano plausibili. Aveva raggiunto i suoi obiettivi terapeutici. Inoltre, prima di smettere aveva chiesto ragionevolmente di avere un periodo di tre mesi in cui potersi concentrare sui sentimenti riguardo l'interruzione della terapia.

Il terapeuta colse che la paziente stava mettendo alla prova la loro relazione sperando di sentirsi esortata nel continuare. Questo test non si basava tanto sul comportamento della paziente quanto sulle sue credenze patogene riguardo alla possibilità di sentirsi rifiutata. La storia familiare della paziente era costellata da una serie di rifiuti da parte dei suoi genitori nei suoi riguardi. La reazione della paziente

dinnanzi al suggerimento del terapeuta di non interrompere la terapia fu positiva e diede conferma dell'avvenuto test.

A differenza dal test attuato in questo esempio clinico, alcuni test sono facilmente riconoscibili dal terapeuta, grazie al modo in cui vengono presentati.

Egli può avvertire che il paziente lo sta mettendo alla prova nelle seguenti circostanza che in parte si sovrappongono:

Il paziente adotta dei comportamenti che suscitano forti emozioni nel terapeuta, per esempio mostrandosi provocatoriamente noioso, oppure sprezzante, seduttivo o insopportabile.

Può esercitare una forte pressione affinché il terapeuta intervenga: mantiene un silenzio prolungato, fa affermazioni false o assurde, non paga alcune sedute, reagisce esageratamente male se il terapeuta dice qualcosa con evidenti intenzioni benevole, minaccia rabbiosamente di interrompere la terapia, insiste affinché il terapeuta abbandoni il suo ruolo professionale.

Assume un atteggiamento molto diverso dal solito in senso spiccatamente autodistruttivo o insensato.

Nella maggior parte delle terapie ci sono momenti in cui il terapeuta sa di essere messo alla prova, ma non capisce esattamente quali credenze patogene il paziente sta cercando di disconfermare. In tali circostanze, non può sapere se ha superato il test finché il paziente non reagisce. Se il paziente reagisce ai suoi interventi con un ritiro, è ragionevole pensare di non aver superato il test. Se al contrario il paziente fa progressi, probabilmente il test è stato superato.

Distinzione tra i test: "Passive-into-active" e "Transferring Test" (Test di rivolgimento del passivo in attivo e Test di Transfer).

I pazienti attuano dei test in tre differenti modalità:

- Utilizzano la relazione terapeutica per disconfermare la credenza patogena
- Usano le nuove conoscenze acquisite per testare la credenza patogena
- Testano direttamente la credenza patogena.

I due test principali che un paziente può mettere in atto sono il test di "rivolgimento da passivo in attivo" e il "test di transfert".

Il modo che il terapeuta ha per distinguere i test tra i test di transfert e quelli attraverso il rivolgimento da passivo in attivo, riguardano la percezione del proprio comportamento nella situazione di test.

Quando il paziente utilizza un test di transfert, il terapeuta si sente relativamente a suo agio sotto l'aspetto della relazione terapeutica. Il paziente, in questo tipo di test, è come se si ponesse nella condizione originaria del trauma e si aspettasse dal terapeuta un atteggiamento analogo a quelli che i suoi genitori hanno assunto con lui in origine. Il comportamento del terapeuta in quel frangente può assumere una valenza di disconferma della credenza patogena ovvero, il terapeuta può assumere un atteggiamento

opposto o comunque non traumatizzante nei confronti del paziente che inconsciamente attende un *deja-vu* di una situazione relazionale avversa vissuta nell'infanzia; al contrario, laddove il terapeuta si pone in un atteggiamento analogo a quello assunto dai genitori e quindi "ri-traumatizzare" il paziente ci troveremo in un condizione di rinforzo della credenza patogena e quindi il test andrebbe incontro al fallimento.

Per rendere più chiaro il concetto di test di transfert, si può far riferimento ad un caso clinico in cui un paziente che da bambino era oppresso dalle imposizioni dei suoi genitori riteneva di non poter godere di alcuna libertà e di svaghi limitati. In terapia mise in atto un atteggiamento disinvolto, non impegnandosi mimicamente nel lavoro terapeutico. Il terapeuta si mostrò a sua volta disinvolto e rilassato senza indurlo con la forza a lavorare. Il paziente si mostrò sollevato e grazie all'aumento di una sensazione di sicurezza relazionale percepita all'interno del setting terapeutico fu possibile per il paziente comprendere quanto in realtà si sentisse costantemente sotto pressione.

Nel caso in cui il paziente metta in atto un test di rivolgimento da passivo in attivo il terapeuta si trova in una condizione di grande pressione; il paziente assume una posizione analoga a quella assunta dal genitore traumatizzante e ripropone la medesima situazione relazionale allo scopo di testare la reazione del terapeuta ed acquisire eventualmente nuove strategie e nuove competenze comportamentali, oltre che a disconfermare le sue credenze patogene. Emozioni del terapeuta come imbarazzo, marcata preoccupazione, senso di colpa sono stati d'animo compatibili con una situazione di test di rivolgimento dal passivo in attivo. Quando ad esempio un terapeuta si sente sminuito dal suo paziente oppure confuso ed umiliato quasi sempre il paziente sta mettendo in atto un comportamento che ha vissuto in prima persona a seguito di un trauma genitoriale.

La maggior parte dei pazienti mettono alla prova il loro terapeuta trasformandosi temporaneamente da passivi in attivi. Alcuni lo fanno solo occasionalmente, in reazione a particolari eventi traumatici o preparandosi a imprese difficili. Altri invece lo fanno anche per tutta la terapia. Un paziente che ha deciso di prendere un'iniziativa rispetto ad alcune credenze patogene, ma non è sicuro di come portarla avanti, può prepararsi sottoponendo il terapeuta ad un test di rivolgimento da passivo in attivo.

Tenta così di presentare al terapeuta lo stesso tipo di problema che egli stesso deve affrontare, e spera di imparare da lui a risolverlo.

Un esempio di test di rivolgimento da passivo in attivo è portato da una paziente che soffriva di una leggera depressione, derivante in parte dalla credenza patogena di non essere stata in grado di restituire la felicità alla madre depressa, e per questo di essere una nullità. Dopo pochi mesi di terapia la paziente cominciò a mostrarsi piuttosto insistente riguardo la possibilità di assumere degli antidepressivi; dopo aver compreso che il terapeuta non avrebbe prescritto alcuno, la paziente cominciò a comportarsi in modo sgradevole e diventò piuttosto critica e sprezzante nei suoi confronti.

Nonostante questo atteggiamento, la paziente non ottenne il suo scopo quindi si rivolse ad un collega psichiatra persuadendolo a telefonare al suo terapeuta e a suggerirgli degli antidepressivi. Il terapeuta della paziente continuò a rifiutarsi.

Dopo diverse settimane la paziente mutò atteggiamento, divenendo più docile e meno sprezzante. Disse al suo terapeuta che era molto ansiosa a causa della visita imminente della madre e che temeva di sentirsi impotente nei suoi riguardi e di dover essere obbligata a fare qualsiasi cosa la madre le avrebbe chiesto. La paziente si era preparata all'avvento della madre mettendo alla prova il terapeuta ponendogli, attraverso le insistenti richieste di prescriverle dei farmaci, lo stesso problema che sentiva che si sarebbe trovata ad affrontare. Discutere dell'accaduto rispetto alla sua insistenza nel pretendere gli antidepressivi ed osservare la ferma posizione del terapeuta nel non prescriverglieli offrì alla donna una nuova strategia comportamentale rispetto ad una situazione che l'aveva vista soccombere per anni.

Il test appena riportato mostra che per superare alcuni test, delle volte è necessario respingere delle richieste che appaiono in qualche modo anche ragionevoli. È necessario sottolineare ciò poiché delle volte, si commette l'errore di dover necessariamente avallare ogni richiesta ragionevole dei pazienti. Il modo con cui il terapeuta reagisce ad una richiesta del paziente varia a seconda del paziente e deve essere misurata in base al piano di guarigione del paziente. A volte, soddisfacendo costantemente le richieste del paziente, si rischia di non superare un test (come quello ad esempio di imparare a saper dire di no) e quindi di andare in contro ad un peggioramento della terapia.

Fallimento di un test.

Inevitabilmente il terapeuta non riesce a superare alcuni test o una serie di test. Quando il fallimento è di scarsa importanza l'errore può essere facilmente corretto e il terapeuta può trarne utili insegnamenti. Quando il fallimento è rilevante, può essere difficile correggerlo; delle volte anche impossibile quando il paziente abbandona la terapia.

Il terapeuta deduce di non aver superato il test dal comportamento del paziente, che in genere reagisce in modo diverso quando il test viene superato o quando il test fallisce. Se l'insuccesso del test è di media importanza l'atteggiamento del paziente può essere minore entusiasmo del solito, essere più silenzioso o deprimersi. Non porta più nuovo materiale in terapia oppure cambia l'argomento su cui si stava lavorando. In questi casi è utile che il terapeuta si ponga in un atteggiamento di autocritica provando a domandare al paziente se per caso non sia stato sufficientemente chiaro o lo abbia in qualche modo disorientato allo scopo di verificare le idee del paziente sulla tematica in questione.

È importante che il terapeuta spieghi al paziente di aver compreso il suo errore. Ciò consente la riparazione, o almeno un tentativo, della relazione terapeutica la quale rappresenta il terreno di attuazione dei test.

Dicevamo, non tutti i test hanno la stessa importanza. Dopo aver fallito un test secondario il terapeuta può semplicemente aspettare che il paziente gliene presenti un successivo nella speranza di non fallire anche questo!

Se la terapia giunge ad un punto morto, è abbastanza evidente che il terapeuta abbia fallito diverse volte un test e per questo non c'è nuovo materiale su cui poter lavorare. Per fare un esempio: se un paziente, che dall'inizio della terapia si mostra loquace ed interattivo diventa improvvisamente silenzioso e perdura in questo atteggiamento, è importante che il terapeuta colga questo cambiamento e ne possa discutere col paziente. Delle volte il paziente attua i test sin dalla prima seduta ma comprensibilmente non sempre il terapeuta è in grado di percepirlo non avendo sufficienti elementi di conoscenza; il paziente potrà allora ripetere il test o addirittura, nei casi più fortunati, discuterne con il terapeuta più apertamente come nel breve esempio che segue.

Una paziente, ormai in trattamento da qualche tempo, comunicò alla sua terapeuta che in una delle prime sedute era stata fatta entrare nella stanza e lasciata sola per qualche minuto mentre la terapeuta era stata chiamata al telefono. Raccontò di aver visto un oggetto sulla scrivania e di essersi sentita spinta a rubarlo. Lo aveva realmente afferrato ma poi rimesso al suo posto, resistendo alla tentazione. Al rientro della terapeuta, la paziente esordì raccontandole l'episodio appena accaduto ma la terapeuta non colse l'argomento, minimizzandolo. La paziente disse alla terapeuta che quell'episodio, accaduto tempo addietro, la aveva infastidita in quanto sperava di poter essere affrontata con decisione, visto che da sempre si era dovuta misurare con due figure genitoriali deboli, incapaci di criticarla e darle delle indicazioni morali.

Per ricapitolare possiamo dire che per tutta la durata della terapia, il paziente sottopone a verifica le sue credenze patogene nella speranza di disconfermarle. In un certo senso mette di continuo alla prova il terapeuta nel tentativo di capire se lo aiuterà a disconfermarle e a perseguire i suoi obiettivi.

In certi periodi il lavoro è particolarmente intenso e il paziente è molto attento a comprendere l'atteggiamento del terapeuta nei confronti delle sue credenze patogene e dei suoi obiettivi.

Come abbiamo detto i test sono differenti e la spia che indica un momento di testing è data dalle emozioni che il terapeuta percepisce al suo interno.

Con il test di transfert il paziente riproduce con il terapeuta un atteggiamento simile al comportamento che da bambino pensava che inducesse i suoi genitori a "traumatizzarlo". Spera che il terapeuta non reagisca come i suoi genitori ma che al contrario gli fornisca un modello per affrontare il comportamento percepito come doloroso.

Il paziente nel test di rivolgimento da passivo in attivo, mette in terapeuta nella stessa condizione che egli teme comportandosi come il genitori traumatizzante e spera che gli faccia da modello per affrontare i pericoli che teme.

Il terapeuta in questi test si può sentire umiliato, sconvolto, preoccupato o a disagio con il paziente.

I test di transfert sono solitamente più facili da affrontare in quanto la relazione tra genitore e bambino è asimmetrica nel senso che un bambino desidera sopra ogni cosa l'accordo con i genitori e raramente fa qualcosa che possa indisporre uno di loro. Al contrario, un genitore può tormentare, rifiutare, picchiare o abbandonare un bambino.

Conclusioni

Il lavoro di Weiss, pur nel suo esserci contemporaneo, sembra davvero aver aperto una strada scientificamente imponente, avendo indicato cosa è essenziale, e cosa accessorio o controproducente, in ogni processo psicoterapeutico, da qualunque scuola di psicoterapia sia ispirato, che abbia successo nell'aumentare la consapevolezza del paziente e nell'alleviarne le sofferenze. Inoltre, la teoria sul processo terapeutico proposta da Weiss, la Control-Mastery Theory, oltre a essere stata edificata sulla base di ricerche empiriche metodologicamente assai pregevoli, permette di riferirsi con assoluta chiarezza ai migliori modelli teorici sulla coscienza e sul comportamento umano di cui oggi disponiamo, nel senso che si adatta perfettamente alle conclusioni di alcuni di questi modelli.

Vorrei argomentare brevemente queste affermazioni dal punto di vista della mia formazione e della mia appartenenza scientifica, formazione e appartenenza che riguardano il cognitivismo clinico da una parte, e la teoria dell'attaccamento dall'altra. Partendo dai modelli concettuali della psicologia cognitivista e della teoria dell'attaccamento, è facile concordare con gli assunti fondamentali della teoria che Weiss ha oggi descritto nella sua genesi storica. Già a livello dei tre termini basilari utilizzati nella teoria di Weiss, "piano", "test" e "credenza patogena", un cognitivista si orienta senza difficoltà. Il termine "cognitivismo" si afferma subito dopo la pubblicazione di uno dei suoi testi fondanti, un libro di Miller Galanter e Pribram, pubblicato nel 1960, il cui titolo tradotto in Italiano è Piani e struttura del comportamento. L'idea di "piano" fonda dunque addirittura il cognitivismo nell'opera di Miller Galanter e Pribram, e questa idea ricompare nella Control-Mastery Theory come concetto centrale.

Nel libro di Miller Galanter e Pribram, si trova anche il concetto di "test": il piano si esprime fondamentalmente attraverso un continuo confronto fra quanto l'organismo conosce e si aspetta da una parte, e quanto l'ambiente gli offre rispetto alle mete del piano; questo confronto viene chiamato appunto "test" nel famoso modello TOTE (Test-Operate-Test-Exit) proposto da Miller, Galanter e Pribram.

L'altro termine chiave del modello di Weiss, "credenze patogene", è il termine centrale di uno dei primi contributi alle applicazioni cliniche del cognitivismo, la Terapia Razionale-Emotiva di Albert Ellis. Ellis (1962) parla di credenze irrazionali e patogene e le considera come il centro dei disturbi presentati dal paziente in psicoterapia, in modo assai simile a quello descritto da Weiss, anche se i due contributi poi divergono nel considerare quali credenze patogene specifiche siano le più comuni e importanti basi della

sofferenza psicopatologica (credenze “doveristiche”, assolutistiche, catastrofizzanti e perfezionistiche secondo Ellis, credenze di colpa abnorme secondo Weiss).

Rilevare queste consonanze fra i termini chiave del cognitivismo clinico e della Control-Mastery Theory credo si allei, nel considerare il potenziale integrativo dell’opera di Weiss rispetto alle diverse psicoterapie, alla compatibilità fra il modello di Weiss e l’Analisi Transazionale. Probabilmente stiamo assistendo, con l’opera del San Francisco Psychotherapy Research Group, alla formulazione di un modello che è in grado di mettere in comunicazione efficacemente fra loro diverse traiettorie, diversi itinerari della psicoterapia.

Qualche parola ora sui rapporti fra teoria dell’attaccamento di John Bowlby e Control-Mastery Theory. La teoria dell’attaccamento è riconosciuta, nelle ultime trattazioni del gruppo di San Francisco, come altamente compatibile con il modello che essi presentano. Aggiungerei che la teoria dell’attaccamento spiega particolarmente bene la centralità della colpa abnorme sostenuta dalla Control-Mastery Theory. Dal punto di vista della teoria dell’attaccamento, la colpa abnorme si verifica sistematicamente quando in un bambino è attivato il sistema motivazionale dell’accudimento, cioè il reciproco dell’attaccamento, il che avviene quando il genitore si mostra fragile e vulnerabile (e spesso anche un genitore violento palesemente lo è), così che il bambino tenta di prendersi cura di chi dovrebbe curarlo. In queste situazioni, si dice che il bambino inverte la relazione d’attaccamento. Ciò è possibile, secondo la teoria dell’attaccamento, perché sia il sistema d’attaccamento sia il sistema d’accudimento sono innati, e dunque sono facilmente attivabili tanto nel bambino che nell’adulto. Il concetto di parental child, possiamo ricordare a questo riguardo, è stato uno dei primi che Bowlby ha proposto nel passare dalla teoria di base alle applicazioni cliniche. Il parental child è un bambino colpevole, un bambino genitorializzato che, in un certo senso, diventa nonno di se stesso. Dovendo fare da genitore ai propri genitori percepiti vulnerabili, e non sentendosi in grado di prendersi cura di loro come il suo innato sistema motivazionale di accudimento lo spingerebbe a fare, si sente colpevole. Esattamente come tutti ci sentiamo colpevoli quando non offriamo cura a qualcuno verso il quale sentiamo la tendenza, il dovere, la disposizione a dar cura.

Nelle mie competenze riguardanti il cognitivismo, e la teoria dell’attaccamento, riconosco dunque continuamente una consonanza altissima con il modello che Weiss ha proposto. Tale convinzioni si sono potute consolidare grazie alla mia personale esperienza presso il San Francisco Psychotherapy Research Group, dove mi sono recata nel Marzo 2008, per seguire il Workshop annuale sulla Control-Mastery Theory; tale significativa esperienza mi ha consentito di iniziare ad integrare tale modello con le mie conoscenze acquisite durante la mia formazione da psicoterapeuta cognitivista.

Se un giorno saremo capaci di edificare una disciplina scientifica, in accordo con la ricerca di base sulla mente e sul cervello dell’uomo, una disciplina che potremo chiamare “Psicoterapia” senza aggettivi, molto dovremo per il successo di questa impresa all’opera di Joseph Weiss.

Bibliografia

- Migone P. & Liotti G. (1998). Psychoanalysis and cognitive-evolutionary psychology: an attempt at integration. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 6: 1071-1095
- Silberschatz G., Curtis J.T., Sampson H., Weiss J. (1991). La ricerca sul processo del cambiamento in psicoterapia: l'approccio del Gruppo di Ricerca in Psicoterapia di San Francisco. In: Zanonati A., Migone P., Maschietto G., a cura di, *La validazione scientifica delle psicoterapie psicoanalitiche*. Mestre (VE): IPAR, 1994, pp. 61-78.
- Weiss J. (1993a). *How Psychotherapy Works. Process and Technique*. New York: Guilford (trad. it.: *Come funziona la psicoterapia*. Presentazione di Paolo Migone e Giovanni Liotti. Torino: Bollati Boringhieri, 1999).
- Weiss J. (1993b). A proposito del "San Francisco Psychotherapy Research Group". *Psicoterapia e scienze umane*, XXVII, 3: 145-147.
- Weiss J., Sampson H. & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation, and Empirical Research*. New York: Guilford (trad. it. del cap. 1: Weiss, 1986).
- Weiss J. & Sampson H. (1999). *Convinzioni patogene. La scuola psicoanalitica di San Francisco*. A cura di Marco Casonato. Presentazione di Antonio Semerari. Urbino: Edizioni Quattroventi.

Autore Ludovica Bedeschi

Specializzata a Roma, training 2006/2009 Mancini

e-mail: ludovicabedeschi@gmail.com

Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it