

Intervista di Francesco Gazzillo a John T. Curtis ©

Roma-San Francisco, 9 ottobre 2017

Perché hai scelto la Control-Mastery Theory (CMT) come quadro di riferimento teorico per il tuo lavoro? Cos'è che ti ha attratto della CMT?

Sono venuto in contatto per la prima volta con la CMT durante il tirocinio pre-dottorato al Mount Zion Hospital di San Francisco. Nel corso di quell'anno presi parte a una delle conferenze cliniche presiedute da Hal Sampson, e uno dei miei primi supervisori è stata Cynthia Shilkret, membro del Mount Zion Psychotherapy Research Group (che poi è stato chiamato San Francisco Psychotherapy Research Group) ed esponente della CMT. Grazie al mio lavoro con Hal e Cynthia ho imparato a comprendere il ruolo giocato dalle credenze patogene nello sviluppo e nel mantenimento della psicopatologia funzionale.

La CMT per me aveva intuitivamente più senso della teoria pulsionale che mi era stata insegnata all'università. Apprezzavo la chiarezza e la specificità delle formulazioni sviluppate usando la CMT e il modo in cui queste formulazioni mi permettevano di prevedere come un certo paziente avrebbe risposto a un dato intervento.

Il fatto che la CMT non sia una teoria della tecnica, la centralità che attribuisce al superamento dei test, alla creazione di un'atmosfera di sicurezza, e il trattamento per mezzo dell'atteggiamento mi hanno liberato dalle costrizioni e dalle pomposità della tecnica psicoanalitica classica che mi era stata insegnata.

La CMT mi ha inoltre fornito un quadro di riferimento utile a comprendere come e perché tecniche diverse possono essere efficaci per pazienti diversi – e come e perché la

tecnica psicoanalitica classica può essere tanto di aiuto quanto dannosa, a seconda dei bisogni e delle credenze di un dato paziente.

In breve, La CMT mi ha dato una cornice di riferimento per comprendere i pazienti, un metodo per la formulazione dei casi e una teoria per comprendere quale intervento potrebbe essere utile per un certo paziente e in quale specifica circostanza.

Infine, la CMT mi ha conquistato del tutto quando ho avuto la possibilità di approfondire le ricerche empiriche che si stavano conducendo su di essa. Prima di conoscere il lavoro del San Francisco Psychotherapy Research Group, la ricerca in psicoterapia mi sembrava semplicistica e di scarso valore per comprendere come trattare un certo paziente. Viceversa, le ricerche CMT sono finalizzate a studiare il processo e l'esito della psicoterapia in un modo molto simile a quello che davvero accade in una psicoterapia (per esempio, si sviluppa la formulazione specifica di un certo caso e poi la sia utilizza per guidare il terapeuta e valutare il progresso della terapia).

Quali sono, quindi, secondo te, i maggiori punti di forza della CMT?

A mio parere, la CMT è una teoria molto logica, chiara e verificabile, sia dal punto di vista clinico sia da quello empirico, e ha senso anche da un punto di vista intuitivo. I punti di forza maggiori sono il suo focus sul ruolo della motivazione a padroneggiare il proprio ambiente e adattarvisi, sul ruolo delle credenze patogene nel plasmare le manifestazioni delle pulsioni e, infine, sulla funzione del *testing* in psicoterapia e nella vita di tutti i giorni. In virtù del ruolo che attribuisce all'adattamento e alla padronanza, la CMT è una teoria "ottimistica" che sostiene che le persone iniziano una terapia perché vogliono stare meglio (non perché cercano di gratificare desideri infantili o di sconfiggere il terapeuta). In quanto tale, la CMT ci permette di comprendere meglio i pensieri, le fantasie e i comportamenti dei pazienti.

Il fatto che sottolinei la necessità di elaborare interventi specifici per i bisogni e i conflitti di ogni singolo individuo – a differenza delle altre teorie, che prescrivono e promuovono tecniche che suppongono valide almeno per intere categorie di pazienti – è estremamente utile per determinare come lavorare con un paziente dato. In modo analogo, la strategia di ricerca caso-specifica impiegata per studiare la CMT fornisce informazioni clinicamente più rilevanti di quelle che si ottengono per mezzo del paradigma dei trial clinici impiegato nella maggior parte delle ricerche sulle psicoterapie. La CMT si presta dunque a sviluppare ipotesi verificabili perché la maggior parte dei suoi concetti sono ben definiti e chiaramente operazionalizzati.

Tra gli aspetti specifici della teoria che mi sembrano di particolare valore ci sono quindi: la sua enfasi sulla spinta ad adattarsi al, e padroneggiare il, proprio ambiente, e le implicazioni di questa spinta per la comprensione sia del motivo per cui i pazienti iniziano una terapia, sia del modo in cui lavorano in terapia. Il suo focus sul ruolo giocato dalle credenze patogene nello sviluppo e nel mantenimento della psicopatologia. Il fatto che sostenga che le credenze patogene vengano sviluppate nel tentativo di adattarsi alla realtà e padroneggiarla. Il fatto che riconosce il ruolo degli enactment basati sul capovolgimento della passività in attività nel processo della psicoterapia e nella disconferma delle credenze patogene e, quando compresi in modo appropriato, il loro valore di vettori di informazioni utili su un paziente.

Ci potresti raccontare qualche situazione clinica in cui per te è stato molto difficile superare i test di un paziente? Cosa era successo? E come hai scelto di gestire quella situazione?

Ripenso a diversi esempi di situazioni nelle quali mi è stato difficile superare un test di un paziente perché, per farlo, avrei dovuto fallire qualche altro test – una situazione che potrebbe essere descritta come: se lo fai me la prendo con te, ma anche se non lo fai me la prendo con te. Per fare giustizia a questo tipo di situazioni avrei bisogno di farne un'esposizione molto più lunga e dettagliata di quella che credo sia appropriata per un'intervista come questa. A rischio di iper-generalizzare, direi però che nella maggior parte di questi casi ho gestito la situazione spiegando al paziente il dilemma in cui mi trovavo (“Se faccio X, temo che questo significhi per lei Y; ma se non lo faccio, sospetto che si sentirà Z”) e poi fare ciò che pensavo fosse la cosa migliore.

Mi ricordo di una situazione in cui mi sono trovato proprio all'inizio del mio training e nella quale mi sentivo del tutto incapace di superare i test di una paziente, Rose. E quello che successe mi permise di comprendere molto meglio il *testing* da passivo in attivo.

In breve, durante il tirocinio pre-dottorato mi era stata inviata una donna, Rose, che si presentava al pronto soccorso psichiatrico varie volte a settimana nel corso delle ultime settimane. Il suo problema era che aveva da poco traslocato da un piccolo monocale a un appartamento molto più grande e bello, ma dopo aver traslocato aveva iniziato ad avere varie perplessità rispetto a questo trasloco e a sentirsi a disagio nella nuova casa, che non riusciva a rendere accogliente e a misura sua come la casa precedente. Per questi motivi, non aveva ancora disfatto i suoi scatoloni; si sentiva paralizzata e continuava a ossessionarsi rispetto all'errore che sentiva di avere commesso. Era inconsolabile, e rifiutava qualsiasi consiglio. Lo staff del pronto soccorso, non

sopportando più i suoi pianti inconsolabili, l'aveva inviata a una clinica che forniva psicoterapie ambulatoriali dopo che lei aveva frustrato tutti i loro tentativi di aiutarla. Quando incontrai questa donna per la prima volta, la trovai rabbiosa e petulante. Si lamentava di come l'avevano trattata al pronto soccorso e pretendeva che la aiutassi immediatamente. Quando cercai di farmi raccontare la sua storia, si infastidì e mi disse che non voleva perdere tempo parlando del passato. Aveva bisogno di aiuto rispetto al presente, e lo voleva subito! Tutto quello che riuscii a sapere di lei era che era figlia unica, e che era stata allevata da una madre single che descriveva come amorevole e supportiva, ma non mi aveva voluto fornire alcun dettaglio. Caso volle che io presentassi questo caso in una delle conferenze cliniche presiedute da Hal Sampson. Questa conferenza fu la mia introduzione alla CMT, ai suoi concetti e alla sua applicazione. Questo caso non sembrava molto promettente come occasione di apprendimento della CMT; le settimane passavano, infatti, e io non avevo molto da dire rispetto al trattamento di questa donna, tranne che non era d'accordo con nulla di quello che dicevo e non si lasciava coinvolgere in alcun dialogo significativo con me. Per la maggior parte del tempo, si limitava a ripetere che era molto infelice, e che nessuno era in grado di capire i suoi problemi, figurarsi di aiutarla. Nel corso della conferenza di Hal discutemmo di come il fatto che la paziente non volesse parlare del suo passato rendeva difficile la formulazione del suo caso, ragion per cui eravamo costretti a fare speculazioni a partire soltanto dal suo comportamento. Ipotizzammo che si sentisse in colpa per il fatto che stava migliorando la propria situazione di vita e si stesse punendo non appropriandosi del tutto della nuova casa. Ipotizzammo inoltre che mi stesse invitando a essere critico con lei e mi stesse testando per vedere se sentivo che avesse fatto qualcosa di sbagliato e meritasse di essere punita, e/o se l'avessi rifiutata.

Dopo quella che mi sembrò un'eternità, in cui lei si lamentava e io cercavo varie strategie per aiutarla a risolvere la sua situazione di vita e a coinvolgersi di più nel processo di terapia, questa donna iniziò una seduta chiedendomi il nome e i contatti del

direttore dell'ospedale. Quando cercai di indagare i motivi di questa richiesta, lei si arrabbiò, e mi disse di limitarmi a rispondere alle sue domande. E poi mi chiese informazioni simili rispetto al direttore del Dipartimento di Psichiatria. Poi mi chiese come si facesse per denunciare qualcuno all'Ordine degli Psicologi. Le diedi queste informazioni e poi le chiesi ancora una volta cosa volesse farne. Lei mi rispose, in tono sprezzante, che questa domanda era l'ennesimo esempio della mia stupidità e incompetenza, che chiunque avesse avuto anche solo mezzo cervello avrebbe capito che stava per lamentarsi formalmente del "trattamento" inutile e inadeguato che le stavo fornendo. Le chiesi di dirmi qualcosa in più rispetto alle critiche che mi muoveva, e lei iniziò a condannare praticamente tutto ciò che riguardava me, incluso il mio aspetto, il mio studio, il mio atteggiamento, la mia mancanza di esperienza ecc. ecc. Devo dire che era stata piuttosto efficace, e a distanza di decenni ricordo ancora bene come avessi pensato, tra me e me, che non dovevo fare quello che sentivo, cioè scappare dallo studio in lacrime. Mi sentii completamente sopraffatto, confuso e imbarazzato, e non avevo idea di cosa dire o fare. Poi ebbi un'epifania: mi chiesi se quello non fosse un test da passivo in attivo. Hal aveva parlato di questi test, e di come rispondervi. Ma fino a quel momento non avevano avuto esperienza di questo tipo di test in nessuno dei miei trattamenti. Ad ogni modo, mi sentii improvvisamente calmo e in controllo perché il concetto di capovolgimento dal passivo in attivo mi dava una prospettiva nuova e mi spiegava quello che stava succedendo. Ne conclusi che Rose mi stava testando per vedere se io sarei stato distrutto dalle sue critiche. Questo mi portò a dirle che pensavo che non mi stesse facendo tutte le critiche che aveva in mente e che volevo incoraggiarla a esprimersi nel modo più libero possibile. Lei reagì come se io fossi pazzo e poi continuò a sostanziare le critiche precedenti aggiungendovi più dettagli. Io le risposi dicendo che sentivo che si stava trattenendo, che non mi stava dicendo tutte le cose che la infastidivano. Lei mi rispose con un sorriso affettato e disse che ci avrebbe riprovato. Andammo avanti così per un altro po', con lei che mi criticava e io che la

incoraggiavo a farlo ancora di più. E ogni volta lei sembrava meno agitata e irritata. Verso la fine dell'ora, mi disse ridendo che forse ero troppo ottuso per riuscire a comprendere i suoi sentimenti. A quel punto le dissi che avremmo potuto ripartire da questo nella seduta successiva. Lei mi chiese se stessi scherzando, "Davvero non ha sentito quello che le ho detto? Cosa le fa pensare che tornerò?" Io le risposi che volevo che tornasse in modo che potessimo davvero parlare in modo esauriente di tutto ciò che la infastidiva così che potessi esserle di aiuto. Lei mi disse di non aspettarla; e io risposi che avrei conservato il nostro appuntamento.

Quando si presentò all'appuntamento successivo, non accennò neppure a ciò che era emerso nel nostro incontro precedente, e ricominciò a lamentarsi come al solito del suo appartamento. Le chiesi se avesse trovato qualcosa che le desse un qualche sollievo, e lei mi rispose che le aveva fatto piacere andare a conoscere i vicini. E per la prima volta mi parlò della sua vita sociale ai tempi del liceo e di quanto per lei fosse stato difficile iniziare e mantenere rapporti di amicizia. Spontaneamente riemerse il ricordo di come, una volta, la madre le avesse rinfacciato il fatto che non aveva amici, notando che non usciva mai nei weekend probabilmente perché nessuno voleva uscire con lei. La paziente aveva allora iniziato a impegnarsi per cercare di avere una vita sociale, e aveva organizzato un'uscita con alcuni colleghi per il weekend successivo. Quando lo disse alla madre, lei le rispose: "Bene, quindi mi lascerai sola! Ma non ci pensi proprio a me quando fai i tuoi piani? Sei veramente un'ingrata!" Questo evento fu una conferma del fatto che il comportamento di Rose nella seduta precedente era un test da passivo in attivo. E mi diede anche un punto di vista nuovo sui problemi di questa paziente e sul suo non potersi permettere di godere pienamente della sua nuova casa (nella quale, come riconobbe in seguito, aveva traslocato perché voleva spazi più grandi per poter invitare degli ospiti).

C'è qualche aspetto della tua vita psichica e delle tue esperienze che prima non avevi compreso e che la CMT ti ha permesso di capire?

La CMT mi è stata molto utile a comprendere vari aspetti della mia vita e delle mie esperienze psichiche. Cerco sempre di valutare la natura e l'impatto delle mie credenze e come potrei starle testando nelle mie relazioni con gli altri. Un esempio che mi viene subito alla mente è che la CMT mi ha reso consapevole del ruolo che il capovolgimento dal passivo in attivo gioca nelle mie interazioni con gli altri. A volte è stato duro comprendere come, in una relazione, avessi trattato un'altra persona in modi che riflettevano come io stesso mi fossi sentito maltrattato in passato.

Quali sono secondo te, i principali limiti e le direzioni future della CMT?

Uno dei limiti della CMT, e peraltro non solo della CMT, è che è stata sviluppata a partire da una popolazione clinica. E credo che varrebbe la pena espandere le nostre ricerche a popolazioni non cliniche per mettere alla prova alcuni dei suoi assunti di base (ad esempio, la spinta a padroneggiare la realtà e i ruoli del *testing* nella vita quotidiana). Uno dei frutti di ricerche di questo tipo potrebbe essere una migliore comprensione del motivo per cui alcune persone si rivolgono a uno psicoterapeuta e altre no. Credo anche che la CMT abbia bisogno di focalizzare le sue ricerche future sulle sue applicazioni a forme più gravi di psicopatologia e disturbi di personalità – da qui il mio interesse e la mia ammirazione per il lavoro di Francesco Gazzillo e dei suoi colleghi. Al momento, io e i miei colleghi stiamo lavorando a rifinire ulteriormente il metodo per la diagnosi del piano dei pazienti, sperando di renderlo più accessibile ad altri clinici – specialmente a quelli che non hanno l'opportunità di apprendere il metodo per mezzo di supervisioni e consultazioni dirette. Vorrei infine vedere più ricerche che paragonano la CMT ad altre teorie della psicoterapia per mezzo di disegni single case.

(Traduzione italiana di Francesco Gazzillo)