

Cambiamenti di prospettiva

di Francesco Gazzillo ©

È piuttosto comune che i pazienti, soprattutto (ma non solo) se presentano una personalità ossessiva o nei momenti in cui ricorrono a modalità ossessive, oppongano in terapia obiezioni ripetute agli interventi del terapeuta. Un'ipotesi, un'interpretazione o perfino una semplice notazione, vengono accolti con un "però", un "e se poi ..." o un "ma" accompagnati da tante buone ragioni per continuare a fare come sempre.

Condurre una terapia dalla prospettiva della Control Mastery Theory credo che ci permetta di comprendere in modo nuovo un sottoinsieme di queste reazioni. Faccio riferimento alle molteplici obiezioni con cui questi pazienti rispondono a *interventi pro-plan che li sostengano nel raggiungimento dei loro obiettivi sani e realistici*. In genere, in risposta a questi interventi vengono riportate tutte le conseguenze negative che comporterebbe il fatto di cercare di raggiungere quell'obiettivo, gli esiti infausti che ne conseguirebbero, i pericoli in cui si incorrerebbe, i valori che verrebbero violati ecc.

In un'ottica classica, ci troviamo al cospetto di evidenti manifestazioni di resistenze/difese che servono al soggetto per allontanare angosce in ultima analisi riconducibili a desideri aggressivi o perversi che si celano dietro quegli obiettivi realistici; o a una manifestazione dell'ambivalenza che giace al fondo dell'ossessività. Il nostro intervento sosterrrebbe la parte dell'Io più vicina all'Es, determinando così una reprimenda del Super-Io e della parte dell'Io a esso più sensibile. L'isolamento degli affetti, l'intellettualizzazione e/o l'erotizzazione del pensiero farebbero il resto. E il fine di queste operazioni mentali è quello di lasciare tutto fermo come è. Se penso solo e non faccio nulla di diverso dal solito, o quasi, non posso sbagliare, o almeno non posso sbagliare più di quanto non abbia sbagliato fino a ora.

Un mio paziente manifesta questo modo di reagire in forma che potrei definire prototipica: se lo sprono, ad esempio, a manifestare in modo più libero e spontaneo ciò che prova – e questa è una delle prime capacità che mi ha detto di voler sviluppare – la sua risposta è che teme di farlo perché potrebbe finire per prenderci gusto e fare del male, anche fisicamente, a molte persone. Come se ci fosse un’equazione tra essere più libero e ferire il prossimo, letteralmente. Ma, come il lettore con esperienza clinica potrà immaginare, a questa “verità” di fondo si arriva dopo un congruo numero di obiezioni specifiche, circostanziate e ben dettagliate. Mentre un’altra paziente, ancor più spaventata dai propri affetti e dai propri desideri, liquida i miei interventi come assurdità, spiegandomi che se facesse ciò che sente e vuole, come io la sprono a fare, è ovvio che succederebbe questo o quello, tutte cose che, altrettanto ovviamente, vanno evitate.

Al di là del senso che il fenomeno assume nei vari casi, e alla fede più o meno grande che ogni paziente presta all’ineluttabilità con cui accadrà quello che teme, credo che il mutamento di prospettiva che la CMT ci offre riguardi l’intero fenomeno. In quest’ottica infatti, ciò che accade è che, una volta che un nostro intervento pro-plan permette al paziente di sentirsi più al sicuro con noi e più legittimato nel perseguire un suo obiettivo sano e adattivo, quello che subito dopo ci viene proposto come profluvio di obiezioni è un test che assume una forma precisa: il paziente presenta a noi il problema di come affrontare le varie manifestazioni *della credenza patogena che si oppone a quell’obiettivo*; per dirla in modo leggermente diverso, il paziente ci mette subito in comunicazione con il genitore traumatico interno che gli impone di abbandonare quell’obiettivo, ci parla con la sua voce. Quello che ci chiede, per mezzo di questi *test da passivo in attivo*, è di insegnargli a fare fronte a quel genitore, di aiutarlo ad arricchire l’arsenale di buone ragioni per fare di testa propria, per non prestare fede a quella voce. E lo stile e il timing delle obiezioni che ci porta risentono proprio dello stile e del timing di quel genitore, “sanno” della relazione con lui. È come se ci chiedesse: “Ma davvero intendi dire quello che mi hai detto?”. Oppure: “Ma io non lo faccio perché temo, come mi hanno

detto o fatto capire, che se lo faccio poi succede un disastro. Tu davvero pensi che le cose non stiano così?”

Da ciò consegue, in perfetto stile CMT, che un fenomeno di apparente resistenza si riveli, in realtà, la prova di un duro lavoro che il paziente sta facendo, consciamente o inconsciamente, per disconfermare le sue credenze patogene e risolvere i suoi problemi. E che il modo in cui dobbiamo rispondere alle sue obiezioni sia fondamentalmente caso-specifico. Partendo dalla mia esperienza clinica, posso dire che, in genere, è bene oscillare tra il rispondere in modo puntuale alle varie obiezioni e il mostrare al paziente il processo descritto. Ed è importante scegliere l'atteggiamento e il tono ottimale, in quel dato momento, per fare l'una cosa o l'altra. O magari, qualche volta, per non fare nulla, se il tema sovraordinato che il paziente ci porta è quello di poter scegliere da sé e con i suoi tempi se e come muoversi, o di imparare come si fa a evitare discussioni.

Ma, a dirla tutta, per la mia esperienza questa è un'eventualità relativamente rara. In genere, ci vuole al suo fianco per ridurre la presa delle sue credenze patogene...e della relazione che gli ha insegnato a temere e inibirsi. E quando li aiutiamo, ci ripagano con un senso di maggiore sollievo e con un rinnovato impegno nel realizzare i loro progetti sani. Dopo tutto, per dirla con Weiss, *l'ossessività è un modo per indebolirsi* quando il fatto di essere forti, efficaci, liberi e di successo è vissuto come una colpa.

La disconferma delle credenze patogene e la natura impersonale delle credenze superstiti

La Control Mastery Theory sostiene che la natura della relazione terapeutica e dell'atteggiamento del clinico, gli interventi pro-plan e il superamento dei test del paziente permettono la disconferma delle credenze patogene, favorendo così un maggior senso di sicurezza e un maggior impegno ed efficacia nella realizzazione di quegli obiettivi sani e realistici prima interdetti. Dati questi presupposti, le credenze patogene disconfermate dovrebbero gradualmente estinguersi, venendo sostituite da credenze diverse, più realistiche e funzionali.

Quello che spesso accade, però, almeno secondo la mia esperienza clinica, è che le credenze patogene persistano come idee che la persona non condivide più, ma che continuano a riproporsi alla sua mente quasi al pari di “voci”. Quando le cose vanno per il verso giusto, i pazienti apprendono gradualmente a riconoscerle come false, a sapere da dove derivino e che senso abbiano, a sapersi aspettare quando si manifesteranno e le conseguenze che potrebbero avere, e a esserne influenzati sempre meno. Insomma, imparano gradualmente a viverle come idee che si affacciano alla loro mente o come presenza interne che gli sono di ostacolo, sentendole via via come meno ingombranti. A volte imparano perfino a sorriderne, ma è raro che proprio non le pensino più. Imparano a persistere nel perseguimento dei propri obiettivi nonostante queste credenze, e nonostante i sentimenti negativi che a esse si associano.

Insomma, anche una terapia ben riuscita non determina una “restitutio ad integrum”, e la maggior parte delle credenze patogene non vengono cancellate, bensì indebolite. Da convinzioni affettivamente cariche ed equiparate al vero, diventano pensieri e possibilità di reazione che si

affacciano da sé alla coscienza, soprattutto nei momenti “critici”, pensieri che la persona può reputare più o meno veri a seconda delle circostanze. Pensieri che, nella maggior parte dei casi, veri non sono, ma che sono il precipitato e il segno del legame antico, ora interno, con gli oggetti traumatici.

La riproposizione di queste credenze in terapia assume quasi sempre e la funzione di test, e altrettanto spesso è funzione dei sensi di colpa con cui la persona si confronta ogni volta che cerca