

Control-Mastery Theory e cognitivismo clinico:

alcune riflessioni

di Chiara Fante ©

Durante la scuola di Specializzazione in Terapia Cognitiva, alcuni formatori ci avevano introdotto al lavoro di Weiss e ad alcune sue ipotesi cliniche, come quelle sull'esistenza di un *piano inconscio* di guarigione del paziente, che avevo colto come spunti di lettura interessanti all'interno del ragionamento sulla costruzione e sul mantenimento della relazione terapeutica.

È stato solo in seguito, anche per quelle che paiono “coincidenze”, che ho potuto avvicinare più approfonditamente la Control-Mastery Theory (CMT), rimanendo colpita dalle numerose “assonanze” fra questa e la mia formazione cognitivista e dalla sua “praticità”, ossia dalla possibilità che intravedo di tradurre operativamente i concetti proposti nel lavoro con i pazienti.

È stato un errore con una paziente e una conseguente rottura dell'alleanza che mi hanno spinto a cercare di comprendere cosa fosse successo e a cercare di arricchire la mia visione del lavoro clinico: leggere l'errore come il non superamento di un test a cui la paziente mi stava sottoponendo e che non avevo colto mi aiuta oggi a ripensare al caso e ad ipotizzare riparazioni nella nostra relazione terapeutica.

Di seguito alcune riflessioni che nascono dal corso seguito in questi mesi e dal tentativo, ancora parziale, di integrare gli interessanti spunti con le proposte teoriche della mia formazione clinica.

Sicurezza, relazioni precoci e adattamento all'ambiente

Personalmente, tra i punti di maggior contatto fra la CMT e le recenti teorie cognitive di matrice evoluzionista intravedo una cornice teorica e metodologica comune, fondata sull'assunto che gli individui ricercano nella loro crescita il raggiungimento di alcuni *obiettivi*, biologicamente fondati, all'interno di relazioni significative (Gazzillo, 2016; Liotti, 2001). È solo all'interno di relazioni che possiamo sopravvivere e costruire un senso di noi stessi, coerente e stabile nel tempo, che ci garantisce prevedibilità nell'interpretazione della realtà e la formulazione di aspettative sugli eventi (Veglia, 1999). E sono le relazioni che, nella nostra storia evolutiva, ci hanno permesso lo sviluppo di un cervello più complesso, con nuove funzioni e nuovi bisogni, come quello di mettere in sequenza gli eventi, costruire storie e narrazioni coerenti, dare significato alla realtà (Cozolino, 2008).

Il fatto di partire da una visione dell'essere umano come capace intrinsecamente di muoversi verso il raggiungimento di alcuni obiettivi evolutivi in un contesto che è naturalmente relazionale si traduce in una particolare lettura della sofferenza psichica come il risultato del tentativo di adattamento ad un ambiente precoce insicuro e

invalidante, in cui il soggetto ha sviluppato modalità di mantenimento di legame funzionali nell'infanzia ma che lo allontaneranno potenzialmente dal pieno sviluppo di sé e di sé con l'altro nelle età successive.

Ecco quindi che i Modelli Operativi Interni (MOI; Bowlby, 1969) Insicuri o Disorganizzati, così come le credenze patogene, rappresentano sofisticati adattamenti ad ambienti relazionali finalizzati al mantenimento di qualche forma di sicurezza e prevedibilità e a preservare a ogni costo il legame con gli altri significativi.

Un elemento cruciale enfatizzato dalla CMT e da alcuni suoi concetti chiave, come i sensi di *colpa interpersonali* (Bush, 1989), è che la sicurezza di cui necessitiamo durante lo sviluppo non riguarda solo noi stessi, ma anche gli adulti per noi significativi: il bambino cerca attivamente il benessere degli altri spinto da una motivazione pro-sociale attiva fin dalla nascita (Tomasello, 2010). Quest'ultimo aspetto sottolinea la necessità di considerare non solo il Sistema Motivazionale di Attaccamento come spinta alla relazione con l'adulto durante l'infanzia, ma anche il complementare Sistema di Accudimento verso l'altro. È quindi possibile che anche l'attivazione di quest'ultimo sistema nel bambino verso un adulto per lui significativo e percepito in condizioni di pericolo o di sofferenza partecipi alla costruzione delle sue credenze e degli schemi cognitivi di sé con l'altro.

Sia i MOI sia le credenze patogene, quindi, possono essere considerati come *schemi ed aspettative per lo più impliciti* che hanno garantito il mantenimento di legami precoci a discapito di un'immagine del mondo come luogo “relazionalmente” sicuro e di sé come

individuo autonomo, amabile, dotato di valore ontologico e di libertà. Per esempio, un bambino che sviluppa un attaccamento di tipo evitante con la sua figura di riferimento, per essere sicuro della sua “vicinanza” e poter prevedere le sue risposte, potrà sviluppare schemi impliciti di sé come di un individuo poco amabile e del mondo come poco responsivo ai suoi segnali di richiesta di cura, oppure, di un individuo degno solo di amore condizionato, cioè dipendente da particolari capacità e prestazioni. Nello specifico, per mantenere un legame prevedibile con la madre, questo bambino potrà ricorrere a una inibizione del Sistema di Attaccamento (e a un’inibizione dei segnali di ricerca di vicinanza protettiva) a favore di un maggiore utilizzo del Sistema di Esplorazione dell’ambiente circostante; oppure, potrà cercare di garantire benessere alla figura genitoriale, se percepita come particolarmente vulnerabile e indifesa, con uno stile relazionale improntato ad un accudimento invertito, dove lui stesso metterà in atto comportamenti di cura verso l’adulto. Tale storia relazionale potrà tradursi in un’immagine di sé e dell’altro centrato su un nucleo di credenze connesse alla paura del legame affettivo e dell’intimità, poiché foriero di possibile abbandono e di rifiuto, o di sé degno d’amore solo se capace di prendersi cura adeguatamente dell’altro. A livello relazionale e comportamentale, potrà quindi essere spinto a mettere in atto dei *test* (per compiacenza o ribellione, ad esempio) che hanno lo scopo di disconfermare le sue credenze e raggiungere un obiettivo evolutivo come la costruzione di un legame autentico con un altro/a significativo/a. In questo senso, i test esprimono il bisogno di raggiungere mete adattive grazie ad una reazione appropriata dell’altro, nonostante la

tendenza e il bisogno della mente di mantenere una certa coerenza e conferma (Gazzillo, 2016).

Il mantenimento di una coerenza cognitiva necessaria a rendere prevedibile la realtà, infatti, porta ad una sorta di “impermeabilità” alle disconferme delle nostre costruzioni di significati su noi e il mondo, grazie a veri e propri bias cognitivi e alla messa in atto di comportamenti che, a livello implicito, le confermano. In questo senso, è possibile intravedere un importante contatto con la matrice costruttivista del cognitivismo clinico italiano: l’essere umano può essere considerato come un “sistema” complesso volto al mantenimento di un’organizzazione stabile di significati, un sistema tuttavia perturbabile da eventi esterni o interni e, “*strategicamente orientato*” e cercare perturbamenti evolutivi all’interno di una relazione terapeutica connotata dalla sicurezza (Guidano, 1992).

È infatti soltanto all’interno di esperienze relazionali “correttive” che gli individui possono rivedere le proprie credenze e le aspettative connesse alle loro esperienze affettive precoci, grazie a una mente altra in grado di co-costruire un ambiente interpersonale connotato dalla sicurezza. Weiss (1993) sottolinea come sia il senso di sicurezza a rendere possibile l’esperienza dei propri sentimenti e l’integrazione di vissuti psichici segregati, la neurobiologia interpersonale conferma che le “buone” relazioni terapeutiche consentono un incremento delle capacità di integrazione neurale (Siegel, 2013) e, quindi, un miglioramento delle capacità metacognitive e di lettura della realtà (Dimaggio, Semerari, 2003).

Creare condizioni di sicurezza nella relazione terapeutica significa adottare un approccio di lavoro fortemente idiografico, centrato sull'unicità di ciascun paziente, visto che ciascun individuo può sentirsi al sicuro in determinate situazioni che possono essere comprese e previste dalla sua storia di sviluppo.

I test dei pazienti e i Sistemi Motivazionali Interpersonali

Personalmente, uno degli aspetti che più mi ha colpito rispetto al concetto proposto dalla CMT sull'esistenza di *test* messi in atto dai pazienti in terapia è che “*se il paziente fa dei test è perché ha speranza*”. Tale affermazione permette di enfatizzare quanto gli esseri umani cerchino di “migliorare” il loro adattamento alla realtà, anche inconsapevolmente, all'interno di situazioni relazionali nuove e più adattive (Weiss, 1990; Gazzillo, 2016). Pensare al paziente come a un individuo che ricerca obiettivi sani a prescindere dai meccanismi patologici che glielo impediscono, e che suscita in noi terapeuti emozioni, anche negative, proprio nel tentativo di sperimentare nuove risposte e così disconfermare credenze patogene, significa orientarsi più facilmente verso un assetto relazionale potenzialmente efficace in terapia. Infatti, la possibilità da parte del terapeuta di leggere i vissuti emotivi che prova in seduta con quel paziente come informazioni importanti sul Sistema Motivazionale attivo in quel momento e sul tipo di test a cui è sottoposto, consente più facilmente di non cadere in “errori”, errori che

possono essere letti, a mio avviso, come il fallimento nel superamento del test medesimo e la contemporanea perdita di una posizione cooperativa con l'altro.

Secondo il modello cognitivo-evoluzionista è inevitabile che il paziente nella relazione terapeutica attivi il Sistema Motivazionale dell'Attaccamento, applicando in seduta le memorie e le aspettative sviluppate con le sue figure genitoriali e gli stati mentali ad esse relative. Se tale attivazione minaccia l'assetto collaborativo in seduta, essa rappresenta anche un'occasione relazionale correttiva per il paziente e per un miglioramento delle sue funzioni metacognitive (La Rosa & Liotti, 2014). Secondo tale approccio, quindi, la possibilità del terapeuta di gestire gli stati mentali del paziente connessi all'attivazione delle sue memorie di attaccamento e di ritornare a un assetto collaborativo rappresenta una modalità importante per gestire rotture dell'alleanza e consentire cambiamenti "evolutivi" in terapia. Sebbene la CMT non consideri un'attivazione manifesta del Sistema Motivazionale Cooperativo come indispensabile per il lavoro terapeutico, anch'essa sottolinea come i vissuti del terapeuta rappresentino importanti indicatori di quali credenze patogene del paziente siano in gioco in quel momento e di quale tipo di risposta, diversa da quelle del passato, il paziente abbia bisogno.

Inoltre, se esploriamo il nostro ambiente interpersonale mettendo alla prova le nostre credenze patogene, soprattutto quelle connesse ai MOI di attaccamento, è ipotizzabile che i test che utilizziamo a tal fine attivino nell'altro Sistemi Motivazionali Interpersonali (SMI; Liotti, 2001) che possono facilitare o meno il loro superamento.

Sarà quindi difficile per un terapeuta, ad esempio, superare un test di rifiuto o di capovolgimento da passivo in attivo se il paziente, nel proporlo, attiverà un Sistema Motivazionale Agonistico senza che il clinico diventi consapevole del contenuto e della tipologia di test e dell'assetto che in quel momento sta assumendo la relazione. Cogliere il test e superarlo può quindi disconfermare la credenza patogena sottostante, ma anche contemporaneamente consentire di uscire da uno SMI poco funzionale.

Penso ad un mio paziente in cui oggi posso leggere la credenza patogena che mostrandosi per quello che si è autenticamente si verrà rifiutati, soprattutto dal genere femminile. Tale credenza nasce da una storia di sviluppo in cui i genitori lo hanno direttamente ed indirettamente spinto ad alte performance e a perseguire il successo accademico come forma di rivalsa dell'intero sistema familiare, caratterizzato da un basso livello culturale. Ricordo in diverse sedute alcuni suoi interventi che sentivo fortemente "incongrui", in cui mi rivolgeva domande sulla mia vita personale o faceva battute, solo apparentemente improntate alla seduzione, che mi suscitavano forte irritazione. Una rottura dell'alleanza nel nostro lavoro avviene proprio in seguito a un mio intervento in cui, dopo la sua ennesima "invasione di campo", gli ricordo che il lavoro fra noi riguardava i suoi contenuti e non la mia vita privata. L'intervento ebbe l'effetto di suscitare in lui una forte rabbia e di allontanarlo dalla terapia per alcune settimane, dopo avere affermato che non si sentiva capito come essere umano. Lessi il mio errore come una risposta data dall'attivazione in me di uno SMI agonistico, in posizione attiva, che non seppi disattivare a favore del mantenimento di una cooperazione. Inoltre, il suo voler sospendere apertamente il lavoro terapeutico mi sembrava ricalcare una modalità "punitiva" che metteva in atto nelle sue relazioni significative, ogni qualvolta si sentiva ferito e frustrato. Mi ricontattò spontaneamente

dopo alcune settimane. Una volta ripreso il lavoro terapeutico, ricapitò che il paziente mi domandasse, in tono di sfida, cosa facessi la domenica pomeriggio. In quella seduta, i miei interventi erano finalizzati alla normalizzazione di alcuni suoi vissuti di noia che sentiva come non “normali” ed indicativi dell’essere un uomo poco interessante e di valore agli occhi della compagna. Risposi autenticamente, cioè che spesso anche per me la domenica pomeriggio è un momento di noia, come per molti amici, che a volte gestiamo organizzando attività insieme. L’intervento lo tranquillizzò notevolmente, inibendo il tono agonistico fra noi; allora lo lessi come necessario alla normalizzazione della sua esperienza, funzionando da “modello”, e a non cadere nuovamente dentro un assetto relazionale disfunzionale in cui forse mi stava riconducendo. Oggi posso ipotizzare che io abbia anche superato un test di rifiuto, che avevo fallito in passato e, probabilmente, anche un test osservativo.

Ancora, se un individuo è cresciuto in una relazione con i propri caregiver di tipo insicuro-ambivalente e ha sviluppato uno stile relazionale centrato sull’idea di dover amplificare le proprie richieste di aiuto per ottenere vicinanza protettiva e una conseguente immagine di sé come poco autonomo e capace, nel porre un test di transfert per compiacenza potrebbe attivare nel terapeuta il Sistema Motivazionale dell’Accudimento. Probabilmente, se non fosse colto consapevolmente nel lavoro clinico, ciò porterebbe a un fallimento nel superamento del test e alla conferma della credenza patogena sottostante. Riconoscere il test, in questo caso, permetterebbe al clinico di mantenersi distante dalle risposte ricevute in passato dal paziente dalle proprie figure genitoriali, non mostrando quindi risposte centrate sulla cura, ma elaborando interventi che promuovono un senso di sicurezza e di contemporanea autonomia.

Ripenso ad una paziente affetta da Disturbo del Comportamento Alimentare. La sua storia di vita era caratterizzata da una relazione fortemente ambivalente con la figura materna, definitoria e improntata alla critica costante. A causa di alcuni problemi organizzativi, le diedi il mio numero di cellulare per utilizzarlo solo per mandarmi sms in caso di difficoltà a venire in seduta. Nel giro di poche settimane mi ritrovai a rispondere a chiamate frequenti e non concordate “di emergenza”, in cui la paziente si trovava in situazioni in cui non riusciva a gestire vissuti emotivi connessi alle sue difficoltà relazionali e in cui mi rivestiva di un ruolo fortemente improntato all'accudimento. Sperimentai molta difficoltà nel ristabilire un setting terapeutico adeguato, con una migliore gestione extra-seduta. Allora pensavo di dover elaborare una risposta al suo bisogno di cura senza mostrare l'ambivalenza sperimentata con la figura genitoriale, cercando di promuovere un maggior senso di autoefficacia e padronanza e contrastando così l'immagine di se stessa come “di una bambina incapace a fare e decidere da sola”. Decisi di concordare con lei la possibilità di un contatto in differita: le chiesi, quando sentiva il bisogno di un contatto telefonico, di poterlo concordare insieme tramite messaggio, proponendole contemporaneamente di tenere un diario dei momenti più critici durante la settimana (usando una griglia ABC e un “termometro” dello stato negativo per comprendere meglio quando questo diventava intollerabile). Proposi questo monitoraggio con l'intento di collocarmi con lei in una dimensione maggiormente collaborativa, di esplorazione condivisa del suo funzionamento. Questa mi sembrò una possibile risposta al suo bisogno di prevedibilità della presenza dell'altro, a fronte delle sue esperienze con la figura di attaccamento, che tuttavia non rinforzasse la sua lettura di persona non autonoma e incapace. Oggi leggerei alcuni suoi comportamenti come un test di transfert (relativo al senso di colpa da separazione) superato, lentamente, cercando di allontanarmi dalle risposte materne e da una relazione terapeutica troppo centrata sull'accudimento della paziente.

Credo che prevedere i test dei pazienti tramite un'attenta Formulazione del Piano (Gazzillo, 2016) possa orientare efficacemente ad un lavoro terapeutico fortemente empirico, pronto alla verifica e alla revisione di ipotesi: *“Non c'è nulla di più pratico di una buona teoria”*.

A proposito di “assonanze”

Riporto di seguito alcune parole di Giovanni Liotti tratte da una giornata di formazione seguita nel mio percorso.

“Ve le ho dette le quattro regole per avere successo nella professione? Regola 1: quando curi un paziente, qualsiasi cosa tu stia facendo, se il paziente sta meglio continua a farla... continua a fare quello che stai facendo. Seconda regola: quando curi un paziente, qualunque cosa tu stia facendo, se il paziente sta peggio smetti di farla e chiediti dove sta il male, perché ci hai messo il dito vicino... devi usare l'aumento di dolore del paziente come diagnosi e non come cura, per fare una precisa diagnosi di dove sta il male... perché il paziente ha detto –ahi- quando io ho fatto quello?... e smetti di farlo! Ha detto –ahi- andandosene, ha detto –ahi- chiudendosi, ha detto –ahi- facendo l'alessitimico? Vuol dire che hai messo le mani in ciò che gli causa il sintomo, vuol dire che si è riprodotto il ciclo interpersonale patogeno e tu devi smettere di starci in quel ciclo. Terza regola: mentre curi un paziente, qualunque cosa tu stia facendo, se

il paziente non sta né meglio né peggio vuol dire che la cura non ha nulla a che fare con la malattia. Quarta regola: quando curi un paziente, appena è guarito smetti di curarlo". (Giovanni Liotti, Torino, Aprile 2010)

Riascoltando e trascrivendo oggi queste parole di uno dei maggiori esponenti delle più recenti teorie cognitive a cui personalmente devo gratitudine professionale ed umana, non posso non rimanere colpita dalla vicinanza di quanto detto con alcuni dei presupposti teorici e metodologici della CMT. Giovanni Liotti, nel parlare di una buona prassi terapeutica e di un approccio sistematico al lavoro clinico, dove a guidarci sono le risposte del paziente ai nostri interventi, non sta forse parlando anche dei test e degli effetti che il loro superamento o il loro non riconoscimento hanno sul paziente e di come dovrebbero orientarci nell'agire terapeutico?

Quanto il "dolore" del paziente in terapia possa e debba essere considerato evolutivo e favorente il suo miglioramento, quindi non necessariamente indicativo della necessità di un cambiamento nell'agire terapeutico, resta uno degli aspetti che più mi richiama al bisogno di condivisione professionale e di formazione.

In questa affermazione ritrovo comunque un importante aspetto enfatizzato dalla CMT: per verificare se il terapeuta ha superato un test, o è uscito da un ciclo interpersonale patogeno innescato in seduta, occorre adottare un approccio empirico. Trovo in questa "praticità" una grande forza, fatta di un metodo coerente e di una flessibilità necessaria

a rivedere continuamente le proprie azioni per essere al fianco in modo efficace al paziente nel raggiungimento di mete sane.

Bibliografia

- Bowlby, J. (1969). *Attaccamento e perdita*. Vol. 1. It. Bollati Boringhieri, Torino, 1972
- Bush, M. (1989). The role of unconscious guilt in psychopathology and psychotherapy. In *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53 (2), pp. 97- 107
- Cozolino, L. (2008). *Il cervello sociale. Neuroscienze delle relazioni umane*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Dimaggio, G., Semerari, A. (2003) (a cura di). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Roma- Bari: Laterza Editore
- Gazzillo, F. (2016). *Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla Control Mastery Theory*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Guidano, V. (1992). *Il sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Torino: Bollati Boringhieri
- La Rosa, C., Liotti, G. (2014). “I modelli operativi interni dell’attaccamento nella relazione terapeutica e nelle crisi dell’alleanza” in Liotti, G., Monticelli, F. (a cura), *Teoria e pratica dell’alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitivo- evolucionista*. Milano: Raffaello Cortina Editore

- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Siegel, D. (2013). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- Tomasello, M. (2010). *Altruisti nati. Perché cooperiamo fin da piccoli*. Torino: Bollati Boringhieri
- Weiss, J. (1990). The centrality of adaptation. In *Contemporary Psychoanalysis*, vol. 26 (4) pp. 660-676
- Weiss, J. (1993). *Come funziona la psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri, 1999
- Veglia, F. (1999) (a cura di). *Storie di vita. Narrazione e cura in psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri