

## **Sulla difficoltà connessa alla disconferma delle credenze patogene nei momenti di “crisi” di Francesco Gazzillo ©**

Le riflessioni che sto per proporvi nascono da un'osservazione attenta e ripetuta di ciò che accade durante le “*crisi*” di alcuni pazienti. Per “*crisi*” intendo dei particolari momenti, che possono durare da alcuni giorni ad alcuni mesi, in cui, anche dopo periodi prolungati di terapia che hanno permesso il chiarimento di quali siano i loro *schemi patogeni*, le loro origini e le loro funzioni, e hanno determinato un miglioramento sintomatico cospicuo se non una vera e propria “*guarigione*”, i pazienti, in presenza di alcuni “*fattori di attivazione*”, tornano a pensare, provare e agire come se nessun percorso di terapia fosse stato fatto. Sono quindi momenti più o meno prolungati di “*crollo*” delle capacità di funzionamento dei pazienti caratterizzati dal riemergere dei loro schemi patogeni tipici.

È risaputo che gli schemi patogeni di una persona non scompaiano mai del tutto, e che il risultato di una psicoterapia di successo sia la creazione di nuovi schemi di interpretazione e reazione alla realtà, maggiore consapevolezza dei propri schemi problematici e maggiore capacità di gestione degli stessi, che non sono più attivati in modo cronico e sono meno pervasivi. Ma il problema che vorrei affrontare in questa sede è perché, in alcuni casi, le disconferme delle credenze patogene fornite dalla realtà e dal terapeuta a un paziente “*in crisi*” spesso, non riescano a far rientrare la “*crisi*” se non dopo un tempo considerevole.

Detto in altro modo, se possiamo leggere i momenti di “*crisi*” come esito del riattivarsi di schemi patogeni, e se questo riattivarsi si accompagna, come evidente, al desiderio di disconfermare questi schemi patogeni – se le crisi hanno cioè anche una valenza di *test* – per quale motivo le disconferme di questi schemi non vengono registrate dal paziente? Perché non gli recano un sollievo che vada al di là di pochi

attimi? Perché, anche dopo anni di terapia, una persona può essere ancora dominata per più di qualche ora dagli schemi patogeni su cui ha lavorato con successo per anni?

## Due esempi clinici

Le mie riflessioni su questo tema devono molto al lavoro con due pazienti, che chiamerò A e B.

A è un uomo di circa quarant'anni che prima di lavorare con me per sei anni era stato in psicoterapia con un collega per più di dieci anni, e che per circa dieci anni aveva anche assunto psicofarmaci (inibitori selettivi del riassorbimento della serotonina e benzodiazepine). Quando è venuto da me, la sua sintomatologia contemplava un disturbo narcisistico della personalità in comorbilità con un disturbo d'ansia generalizzato che, in alcuni periodi, si associava a episodi depressivi con sintomi ossessivo-compulsivi; inoltre, il paziente soffriva anche di una parafilìa. Nei primi due anni di terapia con me, A non riusciva ad avere una relazione stabile e passava da un lavoro precario all'altro.

Il suo *schema patogeno nucleare* ruotava attorno a un profondo senso di inadeguatezza e inferiorità rispetto alle altre persone, alla convinzione di non poter avere successo nella vita e alla credenza di non poter essere amato perché intrinsecamente inadeguato. L'origine di questo *odio di sé* l'avevamo ricondotta al rapporto con la madre, che lo paragonava continuamente alla sorella e sottolineava tutto ciò che lei aveva e che a lui mancava, mostrandosi delusa e sofferente per queste mancanze e facendo pressione affinché si sforzasse di essere più simile alla sorella, di *essere diverso da come era* (!), pena il fallimento nella vita. Questo odio di sé si associava, a seconda dei momenti, a comportamenti di *compiacenza* o di *identificazione* con la madre, mentre rari erano quelli di ribellione. I sentimenti associati a questa

credenza e a questi comportamenti erano l'*ansia* (fallirò in tutto), la *depressione* (non valgo nulla) e *rabbia e frustrazione svalutante* (nulla riesce a farmi stare bene).

Nei sei anni di terapia, tre volte a settimana, che ha fatto con me, ad averlo aiutato è stato un mio *atteggiamento di accettazione costante* (teso a superare i test di transfert per compiacenza) e comunicazioni tese a fargli sentire che comprendevo il profondo dolore associato all'idea di essere intrinsecamente inadeguato e a chiarire i nessi tra questa credenza, la relazione antica con la madre e i suoi comportamenti attuali (*chiarificazioni empatiche e interpretazioni*). In alcuni momenti sono state utili anche delle *confrontazioni*, a volte dure, tese a mostrargli come a far fallire i suoi rapporti fossero non il suo essere sbagliato, bensì ciò che faceva a partire da questa credenza (ad es., smettere di rispondere al telefono alla donna che stava frequentando per il timore che, continuando a sentirlo, quest'ultima avrebbe scoperto quanto fosse inadeguato e lo avrebbe lasciato). Gradualmente, A era riuscito a trovare e preservare una relazione appagante con una donna e un lavoro a tempo indeterminato; non presentava più ansia generalizzata né alcun comportamento parafilico, e per tre anni di seguito non aveva avuto più episodi depressivi e sintomi ossessivi. E non prendeva più i farmaci. Nel complesso, A aveva imparato a volersi bene.

Ma, una volta deciso di comune accordo di chiudere la terapia, A ha avuto due "crisi", una quando abbiamo stabilito la data della sua ultima seduta, l'altra all'approssimarsi di quel giorno. La prima "crisi" è durata cinque mesi, la seconda tre. Entrambe le "crisi" hanno presentato esattamente gli stessi pensieri, gli stessi sintomi, gli stessi comportamenti e le stesse emozioni, e non erano state diverse, in sostanza, da quelle che aveva vissuto fin da prima di iniziare la sua prima terapia. Tutto ciò su cui avevamo lavorato per sei anni si era ripresentato come se nulla fosse successo, e anche se nei sei mesi tra una crisi e l'altra A aveva riconosciuto come, quando era in "crisi", la sua rappresentazione di sé e del mondo fosse del tutto distorta, una volta dentro la seconda "crisi" anche questa consapevolezza si era appannata, e il mio ricordargli quelle

parole non aveva alcun effetto. Ad attivargli la “crisi” era stata, ovviamente, la fine della terapia: essendo lui inadeguato, non pensava che avrebbe potuto vivere normalmente senza il sostegno di un’altra persona, così come la madre gli aveva fatto credere che senza le sue indicazioni la sua vita sarebbe andata a rotoli.

Le “crisi” di A si manifestavano come una profonda convinzione che, a causa della sua inadeguatezza, avrebbe perso il suo posto di lavoro e la sua compagna. Questi pensieri determinavano un’ansia fortissima, parossistica, alternata a insonnia, momenti di depressione, rituali ossessivi connessi all’idea di dover ricontrollare decine di volte tutto ciò che faceva perché non era stato fatto abbastanza bene, e idee ossessive per cui avrebbe dovuto qualcosa di più e di diverso da ciò che faceva, ma temeva sempre di non riuscirci. Sia in seduta, sia con le altre persone, A oscillava tra la chiusura totale, per cui poteva passare giornate intere a letto, e il cercare continue rassicurazioni e chiarimenti dalle persone che gli erano vicine, prime tra tutte la compagna, i colleghi di lavoro e me. Ma, quando le riceveva, il sollievo che ne traeva era effimero, per cui tornava a chiederne, sempre le stesse e sempre rispetto agli stessi temi, come se non avesse registrato le risposte dell’altro – quelle rassicurazioni e quei chiarimenti non erano adeguati. Anche i complimenti che riceveva sul lavoro avevano poco effetto, perché “se il mio capo lavorasse fianco a fianco con me e vedesse come lavoro, si accorgerebbe di come stanno le cose e mi caccerebbe”. E il fatto che la compagna restasse con lui, il capo non si lamentasse mai del suo lavoro e io restassi sereno e fiducioso era irrilevante. Solo lui sapeva come stavano realmente le cose. E, quando la “crisi” raggiungeva il picco, prima di passare, A iniziava a dire che il mio lavoro con lui era stato inadeguato, come lo era stato quello del suo ex terapeuta, come lo era l’effetto dei farmaci, e come lo era il modo in cui la compagna gli stava vicino. Ai test di transfert per compiacenza, cioè, si associavano forti test da passivo in attivo.

Poi la crisi lentamente recedeva, in genere con l’aiuto di benzodiazepine che, riducendo l’ansia, gli permettevano di essere un po’ più lucido e sereno, fino a che

cessava, da un momento all'altro e senza che lui sapesse spiegare cosa gli avesse permesso di superarla.

\*\*\*

B, invece, è una donna di circa trent'anni i cui problemi sono espressione di una particolare commistione tra *odio di sé* e *sensò di colpa del sopravvissuto*. Cresciuta in una famiglia violenta e povera dal punto di vista emotivo e relazionale, dominata da una madre che non faceva altro che svalutare e umiliare i figli, quando viene da me B sta cercando di liberarsi da una dipendenza pluriennale da droghe pesanti; la sua vita universitaria è paralizzata e le persone a cui è più legata sono dei clochard. Il disturbo borderline di personalità con tratti narcisistici che presenta non oscura un'intelligenza brillante, una vivacità e una voglia di riuscire che sono state tra le migliori alleate della sua terapia.

Anche nel suo caso, a esserle di maggiore aiuto è stato il mio *atteggiamento* costante teso a comunicarle affetto, stima e accettazione (per superare i suoi test di transfert per compiacenza), associato a un *lavoro interpretativo* costante e sistematico a cui lei stessa ha partecipato attivamente, assieme a sporadiche *confrontazioni* dei suoi comportamenti "da passivo in attivo". Un approccio tutto sommato simile a quello che ha aiutato A, così come simili erano la centralità dell'odio di sé derivato da relazioni primarie cumulativamente e cronicamente traumatiche, e l'alternarsi di test di compiacenza e da passivo in attivo nel corso delle crisi, la sintomatologia ansiosa e la natura "ossessiva" delle soluzioni cercate. Ma, a differenza di A, B sfidava molto le sue credenze patogene.

Nel caso di B, le "crisi" più forti si presentavano subito prima e/o subito dopo un successo accademico, fosse esso un esame superato o la prospettiva della laurea. Queste crisi consistevano in giorni di angoscia acuta in cui pensava di non valere nulla o di aver perso le capacità necessarie ad affrontare quella prova con successo: B immaginava il

fallimento e l'umiliazione in cui inevitabilmente si sarebbe imbattuta. Poteva piangere per ore, disperata, e fantasticava qualcosa o qualcuno che potessero lenire quell'ansia – cercava cioè in fantasia dei sostituti di quelle sostanze che aveva smesso di usare all'inizio del nostro percorso e che non aveva mai più ricercato.

Anche in questo caso, le “crisi” erano identiche a quelle che B aveva sperimentato fin da quando era adolescente, e anche in questo caso davano vita a rituali ossessivi di approfondimento dello studio, ripetizione, scrittura, a fantasie di fuga e rinuncia, e a un alternarsi di chiusura relazionale e ricerca di conforto. E, ancora una volta, il mio affetto e la mia fiducia, il ricordo dei numerosi successi che aveva avuto nel corso del nostro comune percorso, le interpretazioni tese a mettere in luce come stesse riproponendo a se stessa le accuse e gli insulti che le madre le rivolgeva, il ricordarle come ogni volta avesse pensato questo, e ogni volta la realtà le avesse dato torto, sembravano sul momento operazioni inutili. Così come non aveva effetto il fatto che fossero i suoi stessi sogni a indicarle come quelle “crisi” avessero la funzione di punirla per il tentativo di sovvertire l'ordine di casa sua, che la vedeva come la “pecora nera” - come fossero conseguenze di un potente senso di colpa del sopravvissuto che le faceva credere che con il suo successo stava “uccidendo” genitori e fratelli, tutti impantanati in una vita di fallimento. I segni premonitori di una crisi erano: fantasie di essere sgozzata, sogni di morte di qualche fratello, senso di solitudine che la portava a mettersi in contatto con la madre, riemergere dell'odio di sé associato alla credenza di essere inadeguata e di aver perso tutte le capacità necessarie a vivere. Ma, mentre stava male, nulla di ciò che potevo fare o dirle, nulla di ciò che potevamo comprendere o avevamo capito, aveva effetto. B era diventata una studentessa di successo, aveva recuperato in un anno gli esami che in tre anni non era riuscita a fare e si stava per laureare con il massimo dei voti, non faceva più uso di sostanze, conduceva una vita “normale” tra persone “normali”, era stimata da professori e colleghi. Eppure, quando era in “crisi”, sembrava che nulla fosse successo. E a volte ci volevano giorni, o qualche settimana, perché si

riprendesse, nonostante un lavoro terapeutico portato avanti in modo serrato e costante.

Perché?

Che in queste “crisi” il riemergere degli *schemi patogeni*, attivati da *fattori scatenanti esterni* (la fine della terapia o un successo in vista), fosse mediato da potenti *sensi di colpa interpersonali* (*odio di sé e sopravvissuto*) era evidente. Così come era evidente la valenza di *test* di queste “crisi”, con le quali A e B sembravano voler capire se davvero avevano le capacità necessarie a vivere, se il loro modo di essere andava bene e se avevano il diritto ad avere successo. Ma, durante le crisi, le disconferme delle loro credenze patologiche sembravano avere un effetto decisamente limitato, o quantomeno che necessitava di molto tempo e molte ripetizioni per manifestarsi. Perché?

## Un’ipotesi

La mia ipotesi è che ciò accada perché si vengono a creare dei “*circoli viziosi intrapsichici e interattivi*”. Le *credenze patologiche* che si attivano e causano le “crisi” sono considerate molto vere da questi pazienti perché sono state sviluppate per adattarsi a esperienze relazionali reali, ripetute e prolungate che hanno coinvolto le persone più importanti della loro vita, e la fede che questi pazienti vi prestano, segno del legame con i loro oggetti fondamentali, determina un *vissuto ansioso molto intenso*. Questo vissuto ansioso, oltre a far “sentire” come ancora più vere quelle credenze e assolutamente necessarie le soluzioni “disadattive” adottate, determina sia un’attenzione estrema a tutti i segnali (grandi o piccoli, interni o esterni) che sembrano confermare la fondatezza delle loro convinzioni, sia una tendenza a distorcere l’interpretazione, o inibire la loro recettività, a tutto ciò che disconferma le loro credenze (*bias di conferma*). Queste persone entrano cioè in uno stato di allerta molto intenso, e l’associazione tra *ipersensibilità alle conferme e iposensibilità alle disconferme* alimenta ulteriormente la

loro *ansia* e consolida queste credenze; nel migliore dei casi, le disconferme delle credenze patogene creano un conflitto tra due realtà, una *sentita* come emotivamente vera (quella rappresentata dalle credenze patogene e temuta) e l'altra (quella "oggettiva" e desiderata) che viene al massimo *pensata* come vera, e questo conflitto tra emozioni e pensieri fa sentire queste persone "pazze". Per A, la presenza stessa dell'ansia è un segno della sua inadeguatezza; per B, le difficoltà a pensare lucidamente dovute all'ansia diventano conferme della sua incapacità. Questo è il primo elemento del circolo vizioso intrapsichico.

Il secondo elemento è il fatto che i *comportamenti* (prevalentemente di compiacenza e da passivo in attivo) che si associano alle credenze in questione, essendone espressione o configurandosi come tentativi di contrastarle, sono in genere *disfunzionali*, per cui hanno *effetti negativi*: i controlli, gli approfondimenti e le ripetizioni portate avanti da questi pazienti finivano per rendere molto complicato, o perfino impossibile, portare a termine ciò che dovevano fare, e per esasperare gli altri da cui queste persone cercavano aiuto e rassicurazione. I documenti di lavoro che A credeva di dover conoscere alla perfezione per non fallire erano tantissimi, per cui era impossibile che riuscisse a leggerli tutti e tutti con attenzione assoluta, e questo lo faceva sentire ancora più in balia di un mare di incertezze. I libri che B doveva leggere per sentire di padroneggiare in modo adeguato un argomento erano infiniti, per cui si perdeva e non riusciva più a ritrovare il bandolo della matassa. All'ennesima richiesta di rassicurazione, la compagna di A non ne poteva più e lo mandava al diavolo in preda a sentimenti di impotenza ed esasperazione; B, sentendosi travolta dall'ansia, si chiudeva e respingeva le persone per non appesantirle, e questo finiva per farla sentire ancora più sola. Le difficoltà nel realizzare i propri compiti e le risposte negative degli altri finiscono così, ancora una volta, per confermare le loro credenze patogene e alimentare le loro ansie. Questo è il secondo fattore che alimenta i circoli viziosi intrapsichici.

Inoltre, in preda all'ansia dovuta alle credenze patogene attive, questi pazienti cercano di metterle alla prova con se stessi provando a cimentarsi in compiti che temono essere fuori dalla loro portata, ma il cui completamento sarebbe il segno del fatto che le loro credenze sono false. Il problema è che spesso gli obiettivi che si pongono sono irrealizzabili, tanto estremi quanto lo sono le loro credenze, e l'ansia che li attanaglia intacca le loro capacità rendendoli poco lucidi, per cui anche questi "auto-test" falliscono. A, nel pieno della crisi e dei sintomi ossessivi, inizia ad attribuirsi dei compiti di lavoro ulteriori che il capo non aveva mai pensato di dargli, con l'idea che se riuscisse a portarli a termine dimostrerebbe a se stesso di non essere inadeguato. Ma finisce così per trovarsi sommerso dal lavoro, e al tempo stesso rallentato dall'ansia e dalle compulsioni, per cui fallisce e riconferma la sua credenza. B, da parte sua, anziché completare il programma di esame cerca di raggiungere una conoscenza dell'argomento studiato che potrebbe avere solo un esperto internazionale di quell'ambito, e non riuscendoci pensa che ha ragione a reputarsi inadeguata e a temere il fallimento.

In sintesi, le credenze patogene, attivate da fattori esterni, determinano ansia e test (sia rivolti ad altri sia rivolti a se stessi); ma l'ansia, sia in sé sia per mezzo degli effetti dei comportamenti che induce, finisce per inibire la capacità di individuare e assimilare le disconferme delle credenze patogene e per indurre il soggetto a fare cose che finiscono per riconfermarle, rialimentando l'ansia e il circolo vizioso stesso.

## Che fare?

Non credo di avere una risposta definitiva, né tantomeno semplice e univoca a questa domanda. Di certo, dobbiamo continuare a *disconfermare le credenze patogene* che sono al centro di questi circoli viziosi e *superare i test* dei pazienti. Ed è importante aiutarli a *elaborare sempre meglio i traumi* alla base delle loro credenze patogene.

Credo anche che sia molto importante *restare sereni e mostrarsi solidi e fiduciosi* nel corso delle “crisi”, e aiutare i pazienti a ricordare come stanno, cosa pensano, ciò che provano e come si comportano quando non sono in “crisi”, i momenti in cui hanno superato quelle “crisi” in passato e le risorse che hanno dimostrato di possedere, *introducendo e valorizzando, in questo modo, una dimensione storica, temporale dell’esperienza, che nei momenti di “crisi” sembra del tutto assente.*

Ma, con le dovute differenze a seconda del piano dello specifico paziente, credo che possa essere molto importante anche *spingere i pazienti a dismettere i comportamenti disfunzionali* che adottano a partire da queste credenze e per lenire la loro ansia, e lavorare di pari passo sulle credenze patogene sottostanti.

Nel caso di crisi prolungate, poi, anche proporgli l’uso di *farmaci* o di *tecniche specifiche* (rilassamento, mindfulness ecc.) può essere utile, in modo strumentale, a renderli più “lucidi” nel leggere ciò che accade e utilizzare le nostre comunicazioni, sempre che il farlo non sia anti-plan, cioè non finisca per alimentare ulteriormente le loro credenze patogene o i loro comportamenti disfunzionali.

E, soprattutto, dobbiamo mettere in conto la possibilità che queste “crisi” possano non sparire mai del tutto, aiutare i pazienti a *individuare i fattori che le innescano e le loro prime manifestazioni nel più breve tempo possibile* e ad elaborare delle strategie per *disattivarle rapidamente* prendendo le distanze e considerando in modo obiettivo le proprie credenze senza ricorrere alle strategie usuali, che poi finiscono per riconfermare.