

Discussione sul concetto di Piano di Joseph Weiss

John Curtis & Francesco Gazzillo

Lo scritto ad hoc di John Curtis

Secondo Weiss la psicopatologia funzionale nasce da credenze patogene che inibiscono l'individuo nel perseguire obiettivi sani e realistici. In terapia i pazienti lavorano per disconfermare queste credenze in modo da liberarsene e poter raggiungere i propri obiettivi.

Un elemento centrale nella teoria di Weiss è che ogni paziente giunge in terapia con un vero e proprio “piano” per stare meglio.

“Credo che la motivazione primaria che spinge i pazienti in terapia, o in analisi, sia risolvere i problemi che li affliggono disconfermando le credenze patogene che ne sono alla base; ciò prevede che i pazienti abbiano e portino avanti un piano per risolvere i propri problemi. Il piano dei pazienti ha lo scopo di testare le credenze patogene nella speranza che il terapeuta non reagisca a esse nel modo che le loro credenze patogene prevedono... noi possiamo ipotizzare il piano dei pazienti a partire dai comportamenti manifestati all'inizio della terapia e ... i pazienti lavorano costantemente secondo il loro piano durante tutta la terapia” (Weiss, 1998, p.411).

Weiss (1994) sostiene che “il paziente in terapia sviluppa inconsciamente un semplice piano che gli dice quale problema affrontare prima e quale dopo” (p.10).

Il costrutto del piano ipotizzato da Weiss è in linea con le sue considerazioni sul paradigma del funzionamento mentale superiore. Brevemente, questo paradigma postula che il funzionamento mentale inconscio sia organizzato come quello conscio – vale a dire che le persone siano intrinsecamente orientate ad adattarsi, per cui valutano, organizzano e perseguono piani.

Weiss confronta questa prospettiva con quella freudiana della regolazione inconscia ad opera del principio di piacere che, operando secondo il processo primario, non formula né agisce secondo alcun piano.

Successivamente supporta la sua posizione citando la tesi di Miller, Galanter e Pribram (1960): “È impossibile concepire qualsivoglia comportamento umano senza la presenza di un piano alla base”. (1998, p. 417)

L’idea della pianificazione conscia e inconscia si estende a tutto quello che il paziente dice in terapia. Ogni stato d’animo, pensiero o emozione che il paziente riporta è finalizzato, consciamente o inconsciamente, a provocare una particolare risposta o una gamma di possibili risposte. Una persona non può parlare a un’altra senza una qualche aspettativa perché le aspettative sono parte integrante della comunicazione umana (Weiss, 1998, p. 417).

Nella sua forma più semplice, il costrutto di “piano” formulato da Weiss suggerisce che il paziente giunga in terapia con un piano su come stare meglio – “... testando le credenze [patogene] nella relazione con il terapeuta e usando le interpretazioni di quest’ultimo per diventarne consapevole e imparare a riconoscerle come false e disadattive (1998, pp. 412-413)”. Il lavoro del terapeuta consiste nel comprendere qual è il piano del paziente e rispondergli in modo “pro-plan” (riconoscere gli obiettivi che il paziente si è prefissato di raggiungere in terapia, gli ostacoli che gli impediscono di raggiungerli e infine rispondere adeguatamente ai suoi test).

Anche se Weiss concepisce il concetto di piano come centrale per la sua teoria della tecnica, come cercherò di dimostrare questa idea non è coerente con altri aspetti di questa teoria e distrae da, o distorce, alcuni dei suoi contributi più importanti. Il costrutto di piano può essere abbandonato senza minare il potere esplicativo o predittivo della teoria.

Dunque, qual è la teoria di Weiss riguardo la relazione tra adattamento, credenze e psicopatologia? Weiss sostiene che la specie umana sia profondamente motivata

dall'istinto di sopravvivenza e che questo istinto è servito da una pulsione alla padronanza. Per sopravvivere, il bambino osserva l'ambiente, soprattutto i caregiver, e cerca di comprendere le "regole" che lo organizzano. Queste percezioni portano allo sviluppo di *credenze* su come il mondo funziona e su come può essere influenzato. Il bambino sviluppa credenze riguardo a qualsiasi aspetto dell'esperienza, da come funziona il mondo fisico (se tocco un piatto caldo mi scotto) a come "funzionano" le persone (se sorrido, gli altri si occuperanno di me). Una componente davvero molto importante del mondo del bambino sono i suoi caregiver, e molte delle sue credenze riguardano proprio la relazione con loro (i miei genitori mi proteggeranno dai pericoli; i miei genitori mi abbandoneranno se sarò bisognoso). Le credenze governano i pensieri del bambino e possono protrarsi fino all'età adulta. Tutte le credenze sono, almeno dal punto di vista dell'individuo, adattive. Questo perché riflettono la comprensione della realtà della persona e come è meglio rapportarvisi.

Per spiegare lo sviluppo della psicopatologia, Weiss si concentra su una precisa sottocategoria di credenze che chiama "*credenze patogene*". Le credenze patogene fanno credere che un dato pensiero o una certa azione metteranno in pericolo la persona o i suoi cari (se andassi bene a scuola, farei vergognare i miei fratelli; se non andassi bene a scuola, i miei genitori mi rifiuterebbero; se mi fidassi degli altri, verrei ingannato), e in questo modo fanno sì che la persona non persegua o non raggiunga obiettivi evolutivi appropriati. I bambini sono molto suscettibili a sviluppare credenze patogene data la loro mancanza di esperienza e di prospettiva, le loro abilità cognitive in via di sviluppo e l'egocentrismo del loro pensiero, che li porta a trovare in loro stessi le cause delle esperienze traumatiche che vivono. Le credenze, sia patogene sia adattive, guidano e orientano la vita di ogni giorno. Weiss lo dimostra nella vignetta clinica di un uomo che aveva la credenza (patogena) che le donne lo trovassero repellente e lo rifiutassero. Quest'uomo aveva trovato lavoro in un ufficio con impiegati per lo più di genere femminile. Quando iniziò questo lavoro era molto timido e scostante a causa del

suo disagio nell'essere circondato da donne, che a suo parere con tutta probabilità l'avrebbero rifiutato. Le colleghe, però, erano molto amichevoli e lo accolsero bene nel gruppo. Lo salutavano al mattino, si fermavano a chiacchierare con lui davanti al distributore dell'acqua e lo invitavano a unirsi a loro per il pranzo. A dispetto del suo disagio iniziale, il fare amichevole delle colleghe erose la credenza circa la sua indesiderabilità. Questo lo portò a sentirsi abbastanza al sicuro da "testare" la sua credenza e prendere l'iniziativa per interagire con le sue colleghe. Quando i suoi approcci venivano accolti, la sua credenza patogena si indeboliva (perché i suoi test venivano "superati"). Ciò nonostante, quando incontrava una qualsiasi forma di rifiuto, reale o immaginario, da parte delle sue colleghe, si sentiva depresso, criticato e allontanato (il test veniva "fallito"). Weiss scrive che *le credenze patologiche sono cupe e dolorose e impediscono alla persona di perseguire obiettivi desiderabili; queste loro caratteristiche motivano l'individuo a volerle disconfermare e ad andare in terapia per riuscirci*. In terapia, secondo Weiss, il paziente agisce secondo un piano che ha sviluppato per testare, e possibilmente disconfermare, le sue credenze patologiche.

Uno dei problemi di questo concetto, è che il termine piano può essere inteso in vari modi.

Ad esempio, Weiss (1986) scrive:

Il paziente, secondo la mia teoria, lavora per disconfermare le sue credenze patologiche (quindi risolvere i suoi problemi) *in modo ordinato*. Compie questo lavoro seguendo un piano inconscio che gli dice, ad esempio, quale problema *dovrà* tentare di risolvere *in un determinato momento* e quale *dovrà* rinviare per lavorarci in seguito (p. 84, enfasi aggiunta).

Quanto detto è in accordo con la definizione di piano, "uno schema o modo di agire, fare, procedere, ecc., sviluppato precedentemente". Poi Weiss aggiunge: "*I piano non sono cianografie. Possono anche limitarsi a guidare il paziente in una certa direzione in un certo periodo del suo trattamento*" (1986, p. 92). Questo passo lascia pensare che

il piano rappresenti solo un obiettivo o una serie di obiettivi per i quali il paziente si adopera, tuttavia non spiega in che modo lo farà. Weiss ha detto ripetutamente che il fine ultimo del piano del paziente è stare meglio e risolvere i problemi. Eppure lui stesso identifica “piani disadattivi e autodistruttivi che i pazienti elaborano in obbedienza alle credenze patogene. Si tratta di piani che esprimono la loro scarsa autostima o la vergogna, la colpa e i rimorsi che si generano dalle credenze patogene” (1998, p.418).

Se il piano del paziente, per definizione, ha lo scopo di farlo stare meglio, come è possibile che ne esistano di disadattivi? Una persona può avere un piano per stare meglio e uno per stare peggio? E se questo è possibile, cosa ci dice riguardo a come lavorano le persone in terapia? Formulano piani adattivi per disconfermare le credenze patogene o piani disadattivi per confermarle? Come è possibile che pazienti le cui vite sono controllate da piani disadattivi in trattamento in qualche modo scelgano e perseguano piani “adattivi” anziché cedere a quelli “disadattivi”? In effetti Weiss suggerisce che un paziente possa portare entrambi i tipi di piano in terapia:

Il paziente si comporta in modo diverso a seconda che il terapeuta sfidi un piano disadattivo o uno adattivo. Quando il terapeuta sfida un piano disadattivo, come voler rinunciare alle proprie ambizioni o sposare la persona sbagliata, il paziente si sente sollevato. Quando invece ne sfida uno adattivo, il paziente si deprime (1998, p. 418).

Quindi che cos’è il piano del paziente per la terapia? È un piano adattivo per stare meglio e risolvere i problemi? È un piano disadattivo e autodistruttivo per confermare le credenze patogene? O forse è entrambe le cose? Ancora una volta il termine “piano” risulta problematico.

È interessante notare che il metodo per diagnosticare il piano di un paziente per la sua terapia, il *Metodo della Formulazione del Piano*, non definisce il piano così come è stato descritto da Weiss. Piuttosto descrive gli obiettivi sani che il paziente vorrebbe

raggiungere, le credenze patogene (ostacoli) che inibiscono il raggiungimento di tali obiettivi, i traumi che portano allo sviluppo di queste credenze patogene, come il paziente potrebbe testarle e quali informazioni potrebbero essere d'aiuto al paziente affinché capisca meglio l'origine e le conseguenze di queste credenze.

La Formulazione del Piano non è sicuramente una cianografia della terapia né predice quello che farà il paziente durante il trattamento; non è un piano. In realtà, ridotto all'osso, rappresenta una descrizione della struttura delle credenze patogene della persona e di come tale struttura può influire sul focus e sull'andamento della terapia. In quest'ottica sembra più una mappa di destinazioni possibili che un itinerario predeterminato.

Il concetto di piano è stato criticato poiché eccessivamente deterministico – presuppone che il paziente sappia cosa vuole e di cosa ha bisogno, e che si impegni in una serie di test nella speranza di disconfermare le credenze che sa, o sospetta, essere patogene. Come scrivono Wachtel e DeMichele (1998), "... ciò che mettiamo in discussione del concetto di piano di Weiss è che implica una sorta di prescienza da parte del paziente che sembra ingiustificata o, per meglio dire, che confonde delle conseguenze prevedibili con delle intenzioni" (p. 433). Un'altra critica è che il piano non tiene conto di quelle che potremmo chiamare conseguenze non previste. Anche se tutti i comportamenti sono mediati da un piano, questo non significa che le conseguenze di questi comportamenti siano connesse proprio a quel piano. Una studentessa potrebbe perseguire il suo piano di diventare un medico iscrivendosi a un corso di preparazione alla facoltà di medicina prima di entrare all'università; magari, però, mentre porta avanti questo intento, potrebbe rendersi conto di essere più interessata nella programmazione dei computer. Un paziente potrebbe entrare in terapia con il piano di sposare la sua ragazza, ma mentre lavora per raggiungere questo obiettivo potrebbe accorgersi che la ragazza non è la migliore delle partner e quindi elaborare il piano di lasciarla. Inoltre, il concetto di piano disadattivo suggerisce che il paziente potrebbe avere un piano per

confermare in terapia le sue credenze patogene. Un'altra debolezza del concetto di piano, è che non spiega adeguatamente cosa motiva la sua elaborazione. Come detto in precedenza, Weiss credeva che la natura dolorosa, cupa e opprimente delle credenze patogene motivasse la persona a volerle disconfermare e a lavorare per questo in terapia. Tuttavia, questo contrasta con le caratteristiche delle credenze (adattive o patogene) che impediscono la loro presa di coscienza, la loro analisi e anche la loro messa alla prova. Sarebbe infatti impossibile, per non dire controproducente, essere consapevoli di tutte le credenze alla base dei propri comportamenti; per cui è logico affermare che tutte le credenze operano in modo inconscio. Dato che sono al di fuori della percezione, la persona può non essere a conoscenza della loro esistenza e, pertanto, non può sentire il bisogno di metterle alla prova. Le credenze più profonde agiscono come principi organizzatori ben radicati nell'individuo, che vengono accettati senza opporvi resistenza. Le credenze patogene non sono necessariamente irrazionali né oggettivamente false, e possono perfino essere adattive (almeno in certi casi) e gratificanti. Una persona bigotta potrebbe non volere affatto la disconferma delle proprie credenze, in quanto potrebbe essere motivata a rinforzarle per sostenere le sue difese o altre credenze. In sintesi, le persone non si impegnano ad ogni costo per mettere alla prova le loro credenze patogene e non fanno sempre piani per disconfermarle, specialmente se facendoli possono sentirsi minacciate o in pericolo. Non a caso il concetto di piano sottolinea come i pazienti mettano attivamente alla prova le loro credenze mentre sottostima il ruolo dell'esperienza "non pianificata", dell'osservazione e degli insight nel processo di disconferma delle credenze patogene. Secondo il concetto di piano il paziente cerca di, o quantomeno crea le opportunità per, testare le sue credenze; ma il test è un'azione intenzionale, non un procedimento inconsapevole la cui risposta porta a una rivalutazione delle credenze.

Infine, questo concetto non spiega come fa una persona a sviluppare la consapevolezza dell'esistenza di una relazione causale tra la sua sofferenza psichica e

determinate credenze. Anzi, il concetto di piano suggerisce che il paziente abbia fatto la maggior parte del lavoro terapeutico prima di iniziare una terapia: il paziente ha scoperto una relazione tra le sue credenze e ciò che gli procura sofferenza, ha riconosciuto quali credenze sono effettivamente disadattive e ha compreso di cosa ha bisogno per disconfermarle (il piano). In altre parole, molti degli elementi necessari al mantenimento delle credenze patologiche vengono risolti prima dell'inizio della terapia. Se i pazienti sviluppano questo genere di piani per la terapia, perché non osserviamo comportamenti così ben pianificati anche al di fuori della terapia? Inoltre, se un paziente è così motivato a testare e disconfermare una credenza, perché ci vogliono molti test superati e molto tempo per riuscirci?

Una spiegazione più semplice di quello che avviene in terapia non richiede per forza l'uso del concetto di piano, ma rispetta comunque gli altri punti di forza della teoria di Weiss. Questa prospettiva alternativa si concentra sul ruolo dell'osservazione e dei test nell'affrontare e disconfermare le credenze patologiche. Come scritto in precedenza, Weiss afferma che tutti i comportamenti sono influenzati dalle credenze. Le persone rispondono al loro ambiente in base alle credenze che hanno sviluppato sul funzionamento della realtà. Le credenze patologiche sono una sotto categoria delle credenze che guidano il pensiero e l'azione di ogni individuo. La maggior parte delle credenze si sviluppano a prescindere dalle nostre deduzioni sull'ambiente circostante e dalle nostre ipotesi di causa ed effetto. *Le persone non sono coscienti delle loro credenze e non le mettono alla prova con regolarità; tuttavia osservano costantemente il loro ambiente e traggono conclusioni rispetto alle loro credenze su come funziona il mondo. Quando accade qualcosa in contrasto con le loro credenze, l'avvenimento stesso porta a tre possibili sviluppi: l'evento viene considerato impreciso o svalutato (o perfino capovolto per supportare la credenza - si veda sotto); il fenomeno viene osservato a lungo per confermarlo o rinforzalo; oppure la persona mette alla prova la sua credenza.*

Per esempio, l'uomo descritto precedentemente, che credeva che le donne lo trovassero repellente, avrebbe potuto disinteressarsi o ignorare il fatto che le colleghe fossero amichevoli. Avrebbe perfino potuto sottostimare questo comportamento, che andava contro la sua credenza centrale, interpretando il modo di fare delle donne che gli stavano intorno come poco sincero, e quindi rafforzare la sua credenza. Tuttavia, rimanendo amichevoli e disponibili, le colleghe hanno fatto sì che l'uomo riconsiderasse, consciamente o inconsciamente, la sua credenza. Questo gli ha consentito di mettere alla prova la sua credenza attivamente iniziando conversazioni e interagendo con loro. Il fatto che le colleghe rimanessero amorevoli ha fatto sì che i suoi test fossero superati e, probabilmente, ha indebolito se non disconfermato la sua credenza. D'altro canto, ogni atteggiamento di irritazione o disinteresse da parte loro avrebbe comportato un fallimento del suo test e avrebbe portato l'uomo a rafforzare la sua credenza.

I pazienti si comportano allo stesso modo, sia dentro sia fuori la terapia. In ogni circostanza, il loro comportamento è regolato dalle loro credenze; le persone osservano costantemente l'ambiente circostante per leggerlo alla luce di queste credenze. Possono essere adattive o patogene, ma di solito nessuno distingue le une dalle altre. Le persone non vivono con un piano per testare le credenze. Anzi, i piani che elaborano sono modellati dalle credenze e messi al servizio della comprensione, dell'adattamento e del controllo dell'ambiente. Le persone affrontano e/o testano le proprie credenze solo quando eventi o esperienze ne rivelano l'incoerenza o sono in contraddizione con esse; o anche quando sentimenti di infelicità e disforia li rendono consapevoli di resistenze interne o inibizioni nel raggiungere i propri obiettivi. Queste condizioni portano gli individui a iniziare una terapia. Nel corso del trattamento, le persone si comportano esattamente come fanno nella vita di ogni giorno: agiscono secondo le loro credenze finché qualcosa (la relazione terapeutica, una domanda o un'interpretazione del terapeuta), le fa emergere – il che può risultare nel testare le

credenze stesse. Alcune delle persone che iniziano una terapia, ma non tutte, hanno un'idea conscia o inconscia del perché sono infelici e di come vogliono lavorare sui loro problemi: un piano. Questo piano può essere adattivo o disadattivo.

Come già accennato, questa concezione di come le persone si comportano in terapia, è coerente con le idee di Weiss eccetto che con il concetto di piano. Di conseguenza, viene meno l'importanza dei test nel processo terapeutico, in favore di altri elementi che permettono di disconfermare le credenze patogene dei pazienti (l'osservazione e gli insight). Ciò libera la teoria di base dal bisogno di spiegare come i pazienti elaborino, e si concentrino su, piani "adattivi" quando ne hanno anche di "disadattivi". Inoltre, tiene conto di quei pazienti che giungono in terapia con quello che sembra essere un piano disadattivo e/o con degli obiettivi inappropriati da raggiungere. Questa concezione, infine, sposta il focus dal concetto di un "piano" che regola il comportamento del paziente in terapia, alla considerazione di come le persone agguistano e perseguono i propri obiettivi coerentemente con le credenze che hanno sviluppato per adattarsi e controllare il proprio ambiente.

Bibliografia

- Miller, G. A., Galanter, E. & Pribram, K. H. (1960), *Plans and the Structure of Behavior*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Wachtel, P. L., & DeMichele, A. Unconscious plan or unconscious conflict?
Commentary of Joseph Weiss's Paper. *Psychoanalytic Dialogues*, 8: 429-442.
- Weiss, J. (1998). Patients' unconscious plans for solving their problems.
Psychoanalytic Dialogues, 8: 411-428.
- Weiss, J., Sampson, H. & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986), *The Psychoanalytic Process. Theory, Clinical Observation, and Empirical Research*. The Guilford Press, New York.

Accordi e disaccordi

Francesco Gazzillo

Per quanto riguarda quanto scritto da Curtis, credo che la verità sia nel mezzo, tra le idee di Weiss e le sue. Credo che nella concezione di Weiss ci siano alcuni pro:

1) *le persone iniziano una terapia perché vogliono stare meglio*; realizzano che hanno delle inibizioni, dei sentimenti dolorosi, sintomi, difficoltà relazionali e altro ancora; e vogliono liberarsene. Questa prospettiva è sia vera sia utile perché aiuta il terapeuta a non perdere la speranza in quei periodi in cui il trattamento non va troppo bene e il paziente sembra impegnato a fare il possibile per preservare i suoi problemi.

2) *Tutto ciò che le persone fanno in terapia è strettamente legato a questo obiettivo generale*, declinato in modo diverso per ogni persona, e al loro *desiderio di essere aiutate* dal terapeuta. E deve essere letto tenendo conto di questi due fattori. Il paziente sta facendo di tutto per star meglio e perché tu possa aiutarlo in tal senso.

3) A volte i pazienti trovano molto più facile o importante *lavorare su un certo argomento prima che su un altro*, e questa “decisione” può dipendere sia dai loro problemi, sia da quello che gli capita nella vita mentre sono in terapia, sia da come fanno esperienza della loro terapia e del loro terapeuta. In condizione non estreme, però, in genere ad avere la meglio nel decidere cosa affrontare e quando farlo sono i problemi che vogliono risolvere e quanto reputino importante e si sentano al sicuro nell'affrontare un certo problema in quel momento del trattamento.

4) *Alcuni pazienti sembrano davvero seguire un programma*, che li porta a lavorare su diverse credenze patologiche e obiettivi a seconda del periodo terapeutico che stanno

affrontando; se si lasciano liberi di affrontare quello che preferiscono e si guarda a cosa accade dopo, quello che emerge è un vero e proprio piano. Ovviamente questo “programma” può subire delle modifiche in riferimento a quel che accade dentro e fuori la terapia, ma di solito le modifiche non sono così sostanziali né durature – sono più “piccole deviazioni” che “strade nuove”.

5) *Anche se le persone non sanno sempre quali sono le loro credenze patogene, possono “sentirle”*; in altre parole, realizzano che stanno soffrendo o che c’è qualcosa di doloroso (ad esempio, l’uomo nella vignetta soffriva perché pensava che le donne non potessero amarlo e apprezzarlo), e sperano che questa situazione possa cambiare (nell’esempio, l’uomo sperava che prima o poi una donna avrebbe potuto amarlo). Quindi non è “troppo inferenziale” affermare che quando le persone fanno qualcosa nella loro sfera problematica, stanno (anche) *sperando che questa volta le cose vadano diversamente* (cioè stanno testando la loro credenze patogene); il concetto di *coaching* supporta ulteriormente questa idea.

6) Ognuno di noi, e quindi ogni paziente, ha una personalità: vale a dire un insieme di obiettivi sovraordinati, credenze patogene e *strategie di testing*. Ed è un po’ come se le riproponesse in terapia più o meno flessibilmente. Tutti testano, anche nella vita quotidiana, ma spesso gli altri, non terapeuti, falliscono i loro test.

D’altra parte, credo sia corretto pensare che i nostri pazienti non sempre abbiano piani sistematici e complessi per stare meglio, né che questi piani siano sempre molto elaborati prima di incontrare il terapeuta o indipendentemente da questo incontro. Non è corretto nemmeno credere che la spiegazione principale di alcuni comportamenti “strani, eccessivi ed idiosincratici” sia sempre che è in atto un test – a volte i pazienti fanno semplicemente quello che fanno sempre, in altre parole agiscono seguendo le loro credenze e le loro credenze patogene (e i loro sensi di colpa), e possono sentirsi rinfanciati da un intervento “pro-plan” o da una comunicazione del terapeuta anche se non stanno testando.

Inoltre, è vero che le persone non sono consapevoli della maggior parte delle loro credenze patogene perché sono implicite, ma ne soffrono gli effetti e sperano che le cose vadano diversamente anche se non sanno bene come questo potrebbe accadere.

Quindi, secondo me è vero che ipotizzare la presenza di un'intenzione inconscia volta a disconfermare una credenza patogena chiara e conosciuta a volte può essere un po' estrema. E suppongo che potremmo continuare a discutere del fatto che i nostri pazienti abbiano un *piano* (anche perché sappiamo che l'ipotesi delle funzioni mentali superiori inconscie è corretta), ma *io continuo a pensare che questo piano ci sia, e sia più o meno dettagliato, preciso, articolato e flessibile, a seconda dei pazienti.*

Per quanto riguarda la differenza tra “piano adattivo e disadattivo”, credo che quelli “adattivi” siano i piani il cui obiettivo è stare bene, ma non parlerei di piani “disadattivi”, piuttosto di piani il cui obiettivo è non stare peggio, in altre parole di piani che derivano dalle credenze patogene e dalla paura. E in terapia si viene per star meglio, non per non stare peggio.

Il dialogo

John

Caro Francesco,
mi piacerebbe continuare a parlare del concetto di piano con te rispondendo punto per punto a quanto hai sollevato.

Inizierò ribadendo che credo che tutti i pazienti inizino la terapia con una famiglia di credenze, adattive e patogene, che guidano i loro pensieri e comportamenti sia all'interno sia all'esterno della terapia. Queste credenze si sviluppano a partire dai tentativi di comprensione, adattamento e controllo dell'ambiente. E caratterizzano i

piani, se presenti, che il paziente elabora per la sua terapia, allo stesso modo di quelli della vita di tutti i giorni. Dipendendo dalla natura delle credenze nucleari dell'individuo, questi "piani" possono essere adattivi o disadattivi – e credo possano essere entrambi guidati dalla stessa motivazione ad adattarsi e sopravvivere. Queste credenze determinano anche il modo in cui la persona persegue i suoi obiettivi e quale tipo di conoscenza o esperienza gli è necessaria per affrontarle.

Ora rispetto ai punti che hai sollevato:

1) hai scritto "le persone iniziano una terapia perché vogliono stare meglio; realizzano che hanno delle inibizioni, dei sentimenti dolorosi, sintomi, difficoltà relazionali e altro ancora; e vogliono liberarsene. Questa prospettiva è insieme utile e vera perché aiuta il terapeuta a non perdere la speranza in quei periodi in cui il trattamento non va troppo bene".

Sono assolutamente d'accordo con te sul fatto che le persone inizino una terapia perché vogliono stare meglio, vogliono liberarsi dei loro sintomi, dei loro sentimenti negativi e delle loro inibizioni. Però non credo che tutti i pazienti abbiano il tipo di piano adattivo che ha descritto Weiss (cosa che, apparentemente, non credeva neanche lui dato che poi ha scritto dei piani disadattivi). I pazienti possono intendere cose diverse con "stare meglio", perché questo obiettivo può essere distorto o limitato dalle credenze patogene, dando vita a un piano disadattivo. Ad esempio, uno dei pazienti che abbiamo studiato George e io nel nostro progetto sulle psicoterapie brevi, iniziò la terapia con il chiaro obiettivo di superare la sua paura del matrimonio e sposare la sua ragazza. Insieme al suo terapeuta hanno lavorato su questo obiettivo facendo dei piccoli progressi. Basandoci sulla nostra formulazione del caso, abbiamo invece stabilito che questa persona fosse coinvolta in una relazione con una donna non adatta a lui, e che fosse proprio questo il centro delle sue paure. Allo stesso modo, mi è capitato di vedere un uomo che iniziò il trattamento con la richiesta esplicita di riuscire a sentirsi più sicuro di sé in modo da avere più responsabilità sul lavoro e poter fare carriera. Quello

che emerse nel trattamento è che quest'uomo stava tentando di seguire le orme del padre e, in realtà, era totalmente inadatto a seguire quella carriera e aveva bisogno di trovare una nuova strada lavorativa.

Francesco

Quindi, i punti principali del discorso, sono:

1) I pazienti sanno, consciamente o inconsciamente, di quali esperienze e interventi hanno bisogno per stare meglio? Tu dici: alcuni sì, altri no. Io direi di sì, alcuni più chiaramente e altri meno.

2) I due pazienti di cui parli avrebbero potuto avere un piano *inconscio* relativo al sentirsi in diritto di non sposare quella donna e di scegliere una carriera diversa. E la mancanza di progressi sostanziali che dimostravano mentre il terapeuta lavorava in direzione opposta a questi obiettivi era il segno che l'ipotesi che aveva fatto era "anti-plan". In altre parole, le comunicazioni esplicite di questi pazienti erano frutto delle loro credenze patogene ed erano in realtà dei test.

John

2) Hai scritto: "ciò che le persone fanno in terapia è strettamente legato a questo obiettivo generale, al desiderio di stare meglio, declinato in modo diverso per ogni persona, e al *loro desiderio di essere aiutate* dal terapeuta".

Anche qui sono d'accordo. Soprattutto, concordo sul fatto che abbiano bisogno dell'aiuto di un terapeuta che può capire quali sono i loro reali obiettivi e cosa li inibisce.

Francesco

Ok. Quindi rispetto a questo punto ci siamo

John

3) Hai scritto: “a volte i pazienti trovano molto più facile o importante *lavorare su un certo argomento prima*, e questa “decisione” può dipendere sia dai loro problemi, dalla vita di ogni giorno o dalla loro personalità, sia da come fanno esperienza della loro terapia e del loro terapeuta”.

Ancora una volta sono d'accordo con te. Anche se, come hai scritto, i pazienti possono decidere quando e su cosa lavorare a causa di una gran quantità di fattori. Una donna anziana vista nel nostro programma di psicoterapie brevi entrò in terapia con una pleora di problemi: suo marito stava morendo lentamente per una malattia neurodegenerativa; di conseguenza, lei si trovava in grossi guai finanziari e si sentiva incapace e poco qualificata per riuscire a trovar un impiego. Si sentiva isolata e disconnessa dal resto della famiglia e della comunità; aveva sofferto molti traumi gravi durante l'infanzia e l'adolescenza che l'avevano lasciata con molte cicatrici (e credenze patogene). In breve, a causa dei suoi molti problemi era una candidata poco indicata per la psicoterapia breve; tuttavia, era tutto quello che poteva permettersi e che pensava di meritare.

Concluse il suo percorso avendo uno dei migliori outcome di tutta la nostra ricerca. Nel corso della terapia ha affrontato, in una certa misura, tutte le questioni di cui sopra, ma si è focalizzata in primo luogo sui suoi problemi nel cercare un lavoro, e ha finito per trovarne diversi. Dopo il termine della terapia, in un'intervista di follow-up, riferì di essersi concentrata principalmente sul problema del lavoro perché in quel momento era il più pressante, e che una volta risolto questo si era sentita più equilibrata e capace di affrontare tutti gli altri. Questa donna aveva sicuramente un piano, che ha poi seguito,

riguardo cosa affrontare e in quale momento. (Successivamente iniziò una terapia a medio-lungo termine per affrontare tutti i suoi problemi irrisolti). A prescindere da questo esempio, però, non credo che tutti i pazienti scelgono su cosa lavorare e quando e abbiano un piano adattivo (né sicuramente predeterminato) per la terapia, in quanto queste decisioni possono essere prese in qualunque momento e possono essere frutto dell'adattamento a vari fattori (ad esempio, adattandosi al terapeuta o a determinate circostanze specifiche invece di perseguire un "piano adattivo").

Francesco

Sono del tutto d'accordo con te, e credo che quello che succede nella vita di tutti i giorni possa avere un peso in queste "decisioni".

John

Per esempio, l'uomo di cui parlavo nel punto 1, che era entrato in terapia per superare le insicurezze relative al matrimonio, sembrò cambiare il focus del suo lavoro e il modo di affrontarlo durante le ultime ore del trattamento. Brevemente, più si avvicinava alla fine della terapia più sembrava che volesse proseguire il trattamento, senza preoccuparsi dei termini stabiliti dal nostro programma di psicoterapia breve perché sentiva di non aver risolto i problemi per i quali aveva iniziato. Senza curarsi della richiesta del paziente, il terapeuta portò a termine la terapia come stabilito, e dopo la fine del trattamento il paziente lasciò la sua ragazza.

Un'altra volta ho visto un paziente che cambiò il suo modo di lavorare perché non traeva beneficio dalla terapia. Quest'uomo iniziò la terapia con la credenza inconscia di doversi prendere cura delle donne, e questa credenza lo aveva portato a intessere una relazione con una donna non adatta a lui. Il suo piano per la terapia era di testare questa

credenza e, qualora il terapeuta avesse superato i suoi test, sentirsi libero di lasciare questa donna e cercare una compagna più appropriata a lui.

Non sentendosi aiutato dagli interventi del terapeuta riguardo ai suoi problemi, cambiò il modo di metterlo alla prova (da passivo in attivo) verso il finire del trattamento - scongiurò il terapeuta di continuare, allo stesso modo in cui la ragazza lo scongiurava di impegnarsi con lei. Vedendo che il terapeuta riusciva a dirgli di no e a terminare la terapia, si sentì capace di respingere le richieste della sua ragazza. Oggi vedo tutto questo sotto una luce diversa: credo che il paziente, scongiurando il terapeuta di continuare il trattamento, si stesse comportando secondo i dettami della credenza patogena che gli imponeva di prendersi cura della sua ragazza a ogni costo (era disperato perché non si sentiva aiutato a farlo). Non credo che abbia deciso di cambiare il modo di testare il suo terapeuta o il focus del suo lavoro, né consciamente né inconsciamente. In altre parole, non credo che quanto avvenuto fosse la conseguenza della decisione del paziente di cambiare il suo piano o di cambiare il modo di mettere alla prova il terapeuta. Anzi, credo che l'incombere della fine del trattamento sia stato un evento fortuito che gli ha consentito di sperimentare un modo nuovo per contrastare la sua credenza. (Comunque, il terapeuta non credeva che questo fosse un test. Infatti, avrebbe acconsentito a proseguire la terapia se non fosse stato per la sua imminente partenza: doveva andare in luna di miele poco dopo la fine del trattamento). Capisco che qualcuno possa vedere questa vicenda come la prova della presenza di un "piano" che il paziente aveva per la sua terapia, ma ora credo che questo significhi aggiungere una speculazione superflua alla comprensione del caso.

Francesco

Sì, credo che qui siamo nell'ambito delle "speculazioni" o, se vuoi, delle "idee di base" di ognuno di noi. Forse lo faccio per non perdere la speranza quando lavoro con

pazienti “gravi”, e comunque si tratta di un’idea a cui sono giunto prima di arrivare alla CMT, ma io penso davvero che ci sia sempre una parte della persona che vuole stare bene e sa cosa le serve, quali sono i problemi che vuole affrontare e da cosa derivano, e che fa del suo meglio, nonostante le sue difficoltà. E se si è capaci di comprenderla e sostenerla, allora si riesce ad aiutarla. Purtroppo, è molto difficile ottenere prove definitive dell’esattezza di questa ipotesi, o del suo contrario. Se vuoi, è una questione di punti di vista relativi al “funzionamento mentale umano” di base.

John

4) Hai scritto: “Alcuni pazienti sembrano seguire un programma che li porta a lavorare su diverse credenze patogene e obiettivi a seconda del momento della terapia che stanno affrontando; se si lasciano liberi di affrontare quello che preferiscono e si guarda a cosa accade dopo, quello che emerge è un vero e proprio piano. Ovviamente questo “programma” può subire delle modifiche in riferimento a quel che accade dentro e fuori la terapia, ma di solito non sono così sostanziali”.

Sì, anche se per quanto riguarda le mie idee sul concetto di piano, sarei più orientato a sottolineare che: “alcuni pazienti sembrano seguire un programma” – non tutti, come sostiene Weiss. **Francesco: “Qui sono in parte d’accordo con te; alcuni pazienti lo fanno in modo più chiaro di altri, direi”.** Inoltre, credo che sia meglio stare in guardia dal fare deduzioni post hoc su un piano. Solo perché qualcuno sembra seguire un programma, non significa che sia proprio quella la sua intenzione di base, né che voglia seguire proprio quel programma. **Francesco: “Anche su questo in generale concordo (post hoc non significa propter hoc), ma non credo che sia forzato pensare che ci sia un programma, per quanto approssimativo, se osservando le cose post-hoc sembra proprio che il paziente segua un programma”.**

(5) Hai scritto: “Anche se le persone non sanno sempre quali sono le loro credenze patogene, possono “sentirle”; in altre parole, realizzano che stanno soffrendo o che c’è qualcosa di doloroso (ad esempio, l’uomo nella vignetta soffriva perché pensava che le donne non potessero amarlo e apprezzarlo), e sperano che questa situazione possa cambiare (nell’esempio l’uomo sperava che prima o poi una donna avrebbe potuto amarlo). Quindi non è “troppo inferenziale” affermare che quando le persone fanno qualcosa nella loro sfera problematica, stanno (anche) sperando che questa volta le cose vadano diversamente (cioè quello che avviene nei test); il concetto di coaching supporta questa idea”.

Mi piace il modo in cui hai descritto i test qui. Ma questo solleva proprio una delle mie più grandi critiche al concetto di piano: si concentra eccessivamente sulla risoluzione dei test come mezzo per curare. Ad esempio, l’uomo convinto di essere disprezzato dalle donne si è sentito in grado di testare solo dopo aver avuto una serie di esperienze positive con le colleghe, il che ha messo in discussione la sua credenza. In altre parole, io credo che lui non fosse predisposto fin dall’inizio a disconfermare la sua credenza per mezzo dei test, ma che solo dopo aver osservato la situazione attraverso la lente della sua credenza si sia sentito in grado di farlo.

Francesco

Come ti scrivevo prima, sono portato a pensare che quell’uomo sperasse che prima o poi una ragazza si sarebbe avvicinata a lui e avrebbe mostrato interesse – e questa è la componente alla base del valore di test del suo modo di comportarsi. Probabilmente questo mio modo di vedere le cose deriva dalla mia propensione a mettermi il più possibile nei panni dei pazienti, e al posto del paziente sono sicuro che io avrei sperato che, prima o poi, il mio evitamento facesse avvicinare qualcuno.

John

Al centro delle mie considerazioni sul piano c'è la sensazione che Weiss abbia sovrastimato l'intenzionalità dei comportamenti. E questa sensazione è visibile quando afferma "che è impossibile concepire qualsivoglia comportamento umano senza la presenza di un piano alla base".

Francesco

Secondo me, dalla pubblicazione del libro di Miller, Galanter e Pribram in poi, questo è un fatto comprovato. Il punto è se si è sempre in grado di trovare un piano sano, adattivo e relativamente strutturato alla base del comportamento dei pazienti in terapia.

John

Inoltre, "Ogni stato d'animo, pensiero o emozione che il paziente riporta è finalizzato, consciamente o inconsciamente, a provocare (tra le altre cose) una particolare risposta o una gamma di possibili risposte. Una persona non può parlare ad un'altra senza una qualche aspettativa, questo perché le aspettative sono parte integrante della comunicazione umana."

Francesco

Anche su questo punto, io concordo con Weiss: quando facciamo o diciamo qualcosa, c'è sempre qualcosa che temiamo o speriamo l'altro ci risponda.

John

L'intenzionalità che Weiss attribuisce al piano è concentrata nel testare le credenze patologiche nella speranza di ricevere interventi pro-plan. Per estensione, i comportamenti del paziente, finalizzati a stimolare una risposta pro- o anti-plan da parte del terapeuta, sono per forza dei test condotti intenzionalmente.

Francesco

Oppure, come credo, puoi vedere se effettivamente la loro componente di testing è rilevante a partire da come il paziente reagisce ai tuoi interventi nel breve-medio termine.

John

Quello che questa prospettiva non riconosce adeguatamente, secondo me, è che i "test" sono spesso degli agiti (stati d'animo, pensieri, azioni), modellati dalle credenze e non per forza orientati a testarle.

Francesco

Sì, non sempre sono dei test, ma spesso lo sono. E a noi conviene considerarli tali sempre e rispondere come se lo fossero. Questo è il mio parere. Così ottimizziamo le nostre terapie.

John

Le credenze vengono messe in discussione solo quando l'intervento del terapeuta non corrisponde a quanto atteso dalla credenza – il che può condurre a una modalità di test intenzionale. Ad esempio l'uomo che credeva di essere repellente per le donne, probabilmente non ha iniziato quel lavoro con il piano di mettere alla prova le sue credenze. Piuttosto il suo piano sarà stato quello di lavorare bene per non essere licenziato. Inoltre potrebbe aver avuto un piano su come evitare il contatto in un ambiente di lavoro che con ogni probabilità sarebbe stato poco confortevole se non ostile (cioè un ambiente pieno di donne). È probabile che non avesse intenzione di mettersi in pericolo mettendo alla prova le sue credenze. Solo vedendosi ben accetto dalle colleghe ha potuto mettere in discussione le sue credenze, il che lo ha portato a testarle interagendo con loro.

Francesco

Questo è un punto interessante. Ma molto spesso le persone ti testano (inconsciamente) per vedere quale sarà la tua reazione e sperando in una risposta specifica dell'altro – lo so anche perché è una cosa che io stesso mi sono accorto di fare.

John

Quindi, in sintesi, credo che tutti i pazienti giungano in terapia con un piano – solo, non necessariamente quello che intende Weiss, non necessariamente un piano in cui il paziente ha un'idea chiara di quali credenze deve testare e come farlo. Il piano più generico che i pazienti hanno per la terapia è quello di stare meglio e/o risolvere i propri conflitti. Se una persona arriva in terapia, a prescindere dal suo approccio al trattamento una volta iniziato, è perché è spinto dalle sue credenze patogene, che sono sempre il prodotto delle sue esperienze. Io credo che le persone siano davvero motivate a disconfermare le loro credenze patogene e che questo sia una risorsa per la terapia.

Tuttavia, non credo che la maggior parte delle persone abbia una visione precisa di quali siano le proprie credenze patogene o di come si disconfermino – o quantomeno non tanto precisa come implica il concetto di piano, secondo me.

Francesco

Sì, in alcuni casi le persone hanno solo una sensazione generica di qualcosa che non va nella loro vita, e vogliono stare meglio, ma non sempre hanno delle idee molto precise. In molti altri casi, però, io credo che abbiano proprio un piano, e anche ben delineato.

John

Io credo che la maggior parte dei pazienti affronti la terapia esattamente come affronta la vita di tutti i giorni.

Francesco

Ma arrivano da noi sapendo, o sperando, che saremo più capaci di aiutarli di quanto non lo sia un “profano”, e per questo si rivolgono a noi alla ricerca di qualcosa di più preciso e più potente. Sono molto più orientati ed esigenti, giustamente direi.

John

Alcuni pazienti possono affrontare la terapia con un “piano” simile a quello descritto da Weiss, e molti dei loro comportamenti sembrano effettivamente “pianificati” a un certo punto del trattamento (nella mia esperienza, quando succede è più una conseguenza di una terapia che sta andando bene che non la sua causa). Ma comunque non credo che tutti i pazienti giungano in terapia con il tipo di piano descritto da Weiss, e spesso quello che sembra “pianificato” è il risultato di un’analisi post hoc che, come ha scritto DeMichele, “confonde una conseguenza probabile con un’intenzione”.

Francesco

E qui torniamo all’idea del funzionamento mentale superiore, e io credo che da qualche parte tutti sappiamo di cosa abbiamo bisogno per “sbocciare”.

John

In conclusione, credo che il concetto di piano vada messo in discussione in quanto rischia di distrarci dagli altri elementi del processo terapeutico.

Francesco

Io invece penso che l’idea di un piano più o meno completo e flessibile sia molto utile e, tutto sommato, piuttosto ben fondata.

(Traduzione di Filippo Faccini)