

## Quando è il momento di agire

di Francesco Gazzillo ©

In linea generale, le terapie a orientamento psicoanalitico vedono di cattivo occhio l'idea che il clinico incoraggi o aiuti il paziente a “fare” delle cose, anche se queste sono cose sane, adattive e in linea con i suoi obiettivi. La dimensione del “fare” è in genere considerata appannaggio del paziente, qualcosa su cui in seduta si può riflettere, di cui indagare le motivazioni profonde, le angosce a cui si associa, le difese che palesa o un senso “altro”. Ma è quantomeno raro che un clinico a orientamento dinamico inciti o aiuti un paziente a “fare” qualcosa che trascenda l'analisi dei suoi problemi. Cosa può dirci la Control-Mastery Theory al riguardo?

Come sempre, la CMT non ci prescrive né ci proscrive alcunché, rimandando la decisione da prendere a una buona *Formulazione del Piano* del paziente e alla comprensione del modo in cui è più chiaro, a quel paziente, che i nostri interventi sono compatibili con il suo piano.

Dunque, al di là di questa indicazione molto generale, quanto sto per scrivere è frutto della mia esperienza clinica e, probabilmente, anche del mio carattere. Ad ogni modo, in più di un'occasione ho trovato di grande utilità *spronare, anche in modo energico, alcuni pazienti a “fare” delle cose che volevano fare ma cui avevano rinunciato o che rimandavano a causa di timori irrazionali vincolati alle loro credenze patogene*. E in questi casi, magari dopo un'iniziale opposizione che aveva il valore di un test, i pazienti sono stati ben contenti del mio atteggiamento. Dopo tutto, era una forma esplicita e diretta di sostegno nella realizzazione dei loro obiettivi, e una disconferma più o meno esplicita delle paure che li bloccavano o dell'idea che non fosse legittimo che loro “facessero” quelle cose. Delle loro credenze patogene.

A volte, se mi era possibile, mi sono trovato anche ad aiutare concretamente questi pazienti a realizzare quanto volevano fare, di modo che il mio sostegno alla legittimità

della realizzazione dei loro obiettivi passasse anche per una vicinanza concreta e fattiva. E la cosa è stata decisamente utile.

Vorrei però essere del tutto chiaro. Una prassi del genere non va sempre bene! Non farei mai cose del genere con un paziente che avesse avuto dei genitori che gli facevano pressioni affinché agisse, o che gli davano la sensazione di non aver fiducia nella sua capacità di fare da solo, o che si “sostituivano” a lui, o che finivano per prendersi il merito delle cose che faceva, solo per fare qualche esempio. E nemmeno con un paziente che avesse la sensazione di riuscire a indurre tutti a fare quello che lui vuole. Detto in modo più astratto, la scelta di “spingere” un paziente a fare qualcosa, come quella di “aiutarlo concretamente” nel fare, deve essere sempre subordinata alla valutazione del suo piano e alla comprensione di quali siano gli *atteggiamenti ottimali* che vuole che il clinico assuma. Ma chi adotta la CMT come modello di riferimento non è costretto a rinunciare al “fare”, a meno che ciò non sia pro-plan. E, incidentalmente, per molti pazienti particolarmente sofferenti riuscire a fare qualcosa di buono è anche una potente disconferma dell’odio di sé, e diventa uno strumento di “auto-aiuto” di grande utilità nei momenti difficili. Arriviamo così a un secondo punto.

È esperienza clinica comune, per non dire universale, che la disconferma di una credenza patogena, soprattutto nei primi mesi o anni di una terapia, non sia un fatto definitivo, e che quella stessa credenza patogena ritorni a fare capolino, più o meno uguale a se stessa, in momenti successivi, rendendo al paziente difficile la realizzazione dei suoi obiettivi. Non è poi raro che, in questi momenti, i pazienti tornino a disperare della possibilità di combinare qualcosa, o di realizzare qualche altro loro obiettivo, cosa che a sua volta finisce per incidere negativamente sull’idea che si ha di se stessi. In questi casi, poter fare appello a un successo passato, a una situazione del passato in cui questi timori e questo pessimismo sono stati seguiti da un successo “effettivo”, è molto utile, e spesso favorisce un rapido mutamento della situazione, e una riconquista di una certa dose di fiducia. Dopo tutto, non è affatto raro che “i fatti parlino più delle parole”.

Spronare un paziente a fare e aiutarlo a fare con successo significa quindi dotarsi di un “mezzo di salvataggio” utile in momenti difficili.

Questo modo di lavorare è piuttosto scontato per i terapeuti a orientamento cognitivo-comportamentale e vale la pena di sottolineare che Bruce Wampold, esponente di punta della ricerca empirica sulle psicoterapie (Wampold, Imel, 2015), ritiene che il “promuovere azioni sane”, assieme al creare un legame solido con il paziente e al favorire in lui aspettative positive, sia un elemento fondamentale del successo di qualsiasi tipo di psicoterapia.

Insomma: stare, sentire, comprendere e comunicare sono tutte cose importanti ... ma lo è anche il fare.