

## Riflessioni su un'ipotesi di Fairbairn dalla prospettiva della Control-Mastery Theory

di Francesco Gazzillo ©

Alla fine del suo scritto del 1958 su *Natura e scopi del trattamento psicoanalitico*, Fairbairn scrive: “Il trattamento psicoanalitico si risolve nel tentativo da parte del paziente di confinare la sua relazione con l’analista nel sistema chiuso della realtà interna mediante il transfert, e nella determinazione da parte dell’analista di aprire una breccia in questo sistema chiuso e di offrire condizioni nelle quali, nel contesto di una relazione terapeutica, il paziente possa essere indotto ad accettare il sistema aperto della realtà esterna” (pp. 168).

Chiunque abbia esperienza clinica, in particolare nel trattamento di pazienti che presentano problematiche di personalità rilevanti, comprenderà facilmente il tipo di esperienze cliniche che possono avere indotto Fairbairn a elaborare queste ipotesi. I pazienti in questione sembrano infatti davvero cercare di “confinare” la relazione con il clinico nel sistema chiuso del loro mondo interno, sia per il modo in cui agiscono e il tipo di reazioni che inducono nel terapeuta, sia per il modo in cui interpretano, e spesso distorcono francamente, le parole e i comportamenti del clinico e la natura stessa della situazione terapeutica. Credenze patogene, interpretazioni distorte da esse derivate, affetti e comportamenti che ne conseguono e reazioni suscitate negli altri, clinico compreso, sembrano destinare il paziente e i suoi rapporti a rivivere sempre lo stesso destino.

Per utilizzare la terminologia del nostro modello, i problemi dei pazienti e i loro comportamenti in terapia possono essere spesso intesi come manifestazioni dei loro *schemi patogeni*: credenze patogene, affetti a esse associati, e manifestazioni di compiacenza, ribellione con autopunizione e/o identificazione con gli oggetti traumatici.

Ed è osservazione comune che ognuno di noi, quando “va in crisi”, lo fa grosso modo sempre negli stessi modi, in situazioni (vissute come) analoghe e per motivi analoghi. Nelle “crisi” sono proprio gli schemi patogeni a riattivarsi.

D'altra parte, chi lavora a partire dalla prospettiva della CMT ipotizza che il paziente, proprio in quei momenti di crisi in cui ciò è meno intuitivamente evidente, non stia agendo sulla base dell'intenzione inconscia di confinare anche la relazione con l'analista nel sistema chiuso del proprio mondo interno, ma in realtà stia lavorando affinché l'analista, rispondendogli nel modo giusto, possa aprire una breccia in quel sistema disconfermando le sue credenze patogene. Quei comportamenti sono dunque inconsciamente orchestrati dal paziente per dare a se stesso la possibilità di disconfermare, nel rapporto con il clinico, le credenze patogene di cui sono espressione, e di padroneggiare meglio i traumi da cui sono nate quelle credenze. Sono dei test.

La facile obiezione per cui, per la verità, sembra che i pazienti spesso facciano di tutto per indurre gli altri, terapeuta incluso, a confermare le loro convinzioni peggiori e a traumatizzarli ancora, può essere superata senza eccessive difficoltà. Per mettere in discussione una credenza elaborata negli anni, e per padroneggiare le conseguenze cognitive ed emotive dei propri traumi, sono infatti necessarie esperienze ripetute e dal senso pressoché inequivocabile. Se anni di maltrattamenti mi hanno convinto che non merito di essere trattato bene e apprezzato, per convincermi del contrario devo fare esperienza di una situazione in cui *non* mi comporto bene e, nonostante questo, vengo apprezzato e trattato bene. O di qualcuno che non ci rimane troppo male se lo maltratto, e mi insegna così a non lasciarmi condizionare troppo dai maltrattamenti. O ancora di qualcuno che sia pronto a valorizzarmi per come sono e a rispettarci in modo incondizionato. Se le mie esperienze passate mi hanno convinto che non merito attenzione e interesse, per cambiare idea devo fare esperienza di una persona che si interessi a me anche se io *non* faccio assolutamente nulla per essere interessante; o che accetti di buon grado il mio bisogno di stare al centro dell'attenzione. O, ancora, se la

relazione con un *caregiver* importante mi ha convinto del fatto che il mio successo faccia soffrire le persone che mi amano, per essere sicuro che ciò non sia vero devo trovare qualcuno che goda dei miei successi e perfino del mio “sbandierarli”, che non sia affatto gratificato dalle mie difficoltà e dal fatto che temo che senza di lui non ce la possa fare; e che non si lasci toccare troppo dalle volte in cui sembro ferito o mi arrabbio per un suo successo.

Insomma, il *testing* è spesso un processo prolungato, faticoso e carico di angoscia e sensi di colpa, e può facilmente indurre in chi ne è oggetto delle reazioni che, se palesate, rischierebbero di confermare le credenze patogene della persona che le sta mettendo alla prova. D'altra parte, essere consapevoli del fatto che, soprattutto nei momenti in cui ciò è meno evidente, il paziente sta lavorando di più per superare i propri problemi, aiuta il clinico ad affrontare con più attenzione, speranza e rispetto quei momenti di una terapia in cui sembra che tutto vada a rotoli e tutto sia inutile. La centralità della dimensione del *testing* nei momenti di crisi permette infatti di comprendere perché i maggiori progressi clinici si verificano in genere dopo periodi di cura particolarmente faticosi e complessi, dopo momenti prolungati di “crisi”. Se gestita in modo *pro-plan*, la crisi cede infatti il passo al progresso proprio perché è nella crisi che il paziente sta testando di più il clinico, cioè sta lavorando di più per stare meglio.

Come accennato, poi, quando stiamo male, stiamo male sempre più o meno allo stesso modo; la buona notizia è che il modo in cui chi ci sta vicino affronta il nostro star male può fare la differenza. E, riprendendo Weiss (1986), potremmo aggiungere che se una linea di condotta e interpretazione ha già aiutato un paziente a superare una crisi, è bene non abbandonarla quando quella crisi si ripresenta. Ed è noto che, stabilita la data di fine analisi, è molto facile che le crisi si ripresentino, proprio perché il paziente, prima di lasciare l'analisi, vuole essere sicuro che può davvero smettere di prestare fede alle sue credenze patogene (Bush, Gassner, 1986).

Un'ultima notazione: credo che anche alcuni fenomeni clinici che nella letteratura psicoanalitica contemporanea vengono spiegati con il concetto di dissociazione siano riconducibili all'attivarsi di credenze patogene a cui un paziente presta grande fede e che lo condizionano in molti degli ambiti della sua vita, con gli affetti e le strategie di adattamento a essi correlate (compiacenza, ribellione o identificazione). E l'incapacità del paziente di vedere le cose diversamente, come le ha potute vedere anche poco tempo prima, è dovuta al carattere pervasivo della credenza e alla fede che il paziente vi presta. Non sto facendo riferimento alle esperienze dissociative che rientrano nella categoria del "detachment" peri- o post-traumatico, e neppure ai casi estremi di disturbo dissociativo dell'identità, ma ai casi in cui, in modo più o meno improvviso, un assetto psichico complessivo (convinzioni, sentimenti, comportamenti e atteggiamenti) finisce per dominare il funzionamento psichico di un individuo rendendo inaccessibili i pensieri, sentimenti, atteggiamenti e comportamenti che fino a poco prima era prevalenti. Gli esempi più chiari di questo tipo di evenienza li abbiamo quando osserviamo le "crisi" dei pazienti con un forte odio di sé.

Un breve esempio clinico renderà forse più chiaro ciò che intendo. Sergio è un uomo di poco meno di quarant'anni la cui intera psicopatologia, che nei momenti peggiori implica forti vissuti di ansia e depressione, compulsioni e una parafilia, ruota attorno all'idea di essere intrinsecamente inadeguato e inferiore al cospetto delle altre persone. Questa inadeguatezza riguarda tanto le sue capacità relazionali quanto le qualità necessarie ad avere successo dal punto di vista lavorativo.

I sentimenti di inadeguatezza e inferiorità di Sergio affondano le loro radici nei messaggi che quest'uomo ha ricevuto dalla madre nel corso del suo sviluppo: la madre lo paragonava sempre al fratello, a suo parere più simpatico, estroverso, efficace e ordinato di lui. La madre riconosceva l'introversione e la sensibilità del figlio, ma giudicava negativamente la sua personalità complessiva, cosa che faceva sentire lui

intrinsecamente sbagliato, e quindi impotente a ottenere l'amore e l'apprezzamento altrui.

Questo paziente oscilla tra lunghi periodi in cui sta bene, è sereno, svolge il suo lavoro con impegno e traendone soddisfazione e vive i normali alti e bassi della sua relazione amorosa con relativa serenità, e momenti di crisi in cui sembra perdere il contatto emotivo con ciò che pensava e provava nei momenti positivi, e arriva perfino a negare l'esistenza di questi momenti o a ridurre il livello del benessere da lui sperimentato in quei frangenti.

Durante le crisi, attivate in genere dalla necessità di affrontare nuovi compiti, Sergio inizia a pensare che non sarà in grado di affrontare queste nuove sfide, siano esse prendersi cura della compagna o svolgere una nuova mansione sul lavoro, e prende a temere che, a causa di questa sua incapacità, verrà criticato e svalutato, e perderà ciò che ha. Si attivano quindi i suoi vissuti di ansia, e spesso ricorre a comportamenti compulsivi finalizzati a rassicurarsi che sta facendo tutto nel modo migliore possibile. Con il passare dei giorni, si convince sempre di più dell'inevitabilità del suo fallimento, cosa facilitata al suo sistematico diniego di ciò che non si accorda con la sua credenza patogena autosvalutante, e inizia a sentirsi via via più demotivato e depresso, per cui non ha voglia di vedere persone, di fare all'amore con la compagna, di uscire ecc., cosa che lui prende come una prova ulteriore della veridicità delle sue credenze, cioè delle parole della madre. E il tutto gli rende incredibilmente difficile fare il suo lavoro o vivere la sua vita di coppia con serenità. Cosa che alimenta ulteriormente le sue credenze patologiche e i sentimenti di ansia e depressione che ne conseguono. In alcuni momenti, poi, Sergio cerca di ribellarsi a questa credenza autosvalutante, ma lo fa in modi così "sopra le righe" che finisce per confermare ai suoi occhi il proprio scarso valore – questo è il senso fondamentale della sua parafilia.

Nel corso delle sedute, poi, quando è "in crisi" Sergio oscilla fra momenti in cui riferisce in modo puntiglioso, ansioso, e ossessivo i suoi sintomi, con un atteggiamento

di assoluto pessimismo rispetto alla possibilità che essi si risolvano, a momenti di rabbia in cui mi dice che vuole cambiare terapeuta (come ha cambiato quello precedente per venire da me) e che io non faccio abbastanza per lui. Trattamento identico è riservato allo psichiatra, a cui si rivolge quando è in crisi per avere prescrizioni di antidepressivi e ansiolitici. In questi momenti, lui è davvero convinto che la madre avesse ragione; i suoi timori per lui sono certezze, e se qualcuno prova a dirgli il contrario lui solleva continue obiezioni, e anche dopo che queste ultime sono state smontate, continua a dirsi non convinto. E, alla fine, tutto quanto io possa dire o fare per lui non è sufficiente.

Insomma, le sue crisi si traducono in un prolungato e forte test di transfert per compiacenza, che in alcuni momenti diventa un test da passivo in attivo: quando è “in crisi”, Sergio passa dal muovere a se stesso gli stessi rimproveri che gli muoveva la madre al muovere questi rimproveri a me – noi non siamo abbastanza. È questo il segno del legame interno con la madre traumatica, e dei suoi sforzi strenui per liberarsene.

## Bibliografia

Bush, M., Gassner, S. (1986), The Immediate Effects of the Analyst's Termination Interventions on the Patient's Resistance to Termination. In Weiss, J, Sampson, H., & The Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986), The Psychoanalytic Process. Theory, Clinical Observations, and Empirical Research Guilford Press, New York, pp.299-318.

Fairbairn, R.W. (1958), Natura e scopi del trattamento psicoanalitico. Tr. it. in Il Piacere e l'Oggetto. Scritti 1952-1963, Roma, Astrolabio – Ubaldini Editore, 1992.

Weiss, J, Sampson, H., & The Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986), The Psychoanalytic Process. Theory, Clinical Observations, and Empirical Research Guilford Press, New York.