

Riflessioni teorico-cliniche in ambito CMT

di Francesco Gazzillo ©

Criteri di regolazione

Oltre al criterio del *sensu di sicurezza*, che è quello di base, quali altri criteri di regolazione segue la mente conscia e inconscia nel suo operare? Questa è una domanda a cui la Control-Mastery Theory finora non ha dato risposta. La mia ipotesi, tutta da approfondire e da verificare, è che una volta accertata la presenza di condizioni di sicurezza – cioè che non si è in pericolo e che i propri oggetti d'amore e i propri legami fondamentali non sono in pericolo - i “criteri” che segue la mente per “scegliere” cosa provare, pensare e fare siano *funzione delle motivazioni prevalenti in quel momento*. Per un verso, quindi, è come se la persona dicesse a se stessa: se e fino a quando sono al sicuro posso dedicarmi alla realizzazione dei miei obiettivi (sessuali, esplorativi, di gioco, di rango ecc.), cosa di cui si hanno ampie evidenze empiriche; da un'altra prospettiva, possiamo dire che è come se la mente dicesse a se stessa: una volta che sono al sicuro e fino a quando resto al sicuro, posso utilizzare altri criteri per valutare se e come procedere nella realizzazione dei miei obiettivi in funzione dei segnali che ricevo dell'ambiente e da me stesso. Ma solo se e fino a quando mi sento al sicuro, cioè sono disattivati i sistemi della *paura/difesa*, dell'*attaccamento* e della *cura*.

Una ipotesi di questo tipo ha il pregio di essere del tutto compatibile con una prospettiva evuzionistica per la quale il fatto di restare in vita e di preservare la vita del proprio gruppo di riferimento sono gli obiettivi impliciti di base dell'essere umano; la centralità del compito riproduttivo, almeno dalla pubertà in poi, suggerirebbe poi che il sistema della *sessualità* e dello *status* acquisiscano un'importanza analoga, o quasi, superata l'infanzia, e quindi diventino i criteri di regolazione secondari più rilevanti. E forse possiamo pensare che, nell'infanzia, il sistema di *gioco* svolga un ruolo analogo a quello giocato da quello sessuale e di rango in età adulta.

Un aiuto concreto

Se, adottati più volte, alcuni atteggiamenti, comportamenti, e reazioni affettive a situazioni specifiche, lette in funzioni delle proprie credenze e credenze patogene, *si automatizzano*, allora la semplice disconferma delle credenze patogene che ne sono alla base può non essere sufficiente a modificarli, anche perché reazioni, atteggiamenti e comportamenti nuovi e diversi vanno appresi, mentre quelli già automatizzati sono vissuti come ovvi e naturali dalla persona. Sono automatici, appunto.

Se ciò è vero, allora è legittimo, e in alcuni casi perfino necessario, aiutare attivamente il paziente non solo a notare l'attivarsi automatico delle credenze che sono alla base di quegli atteggiamenti, comportamenti e reazioni, e a disconfermarle, ma anche *promuovere e far apprendere nuove modalità di reazione e azione* al paziente, assistendolo in un compito che vuole ed è disposto a intraprendere, sia pure a volte con paura, ma rispetto al quale ha bisogno di aiuto a volte anche in forma concreta.

Credo che la persona che mi ha aiutato di più a comprendere questo punto sia stata una paziente che da tre anni era bloccata negli studi universitari, e più in generale viveva una situazione di acuta sofferenza emotiva e isolamento sociale. Dopo un paio di mesi in cui cercavo di lavorare con lei in un *setting* analitico classico della frequenza di tre sedute a settimana sul lettino, e con un approccio classico di natura prevalentemente esplorativa, questa giovane donna mi disse: "Dottore, io sto capendo e scoprendo moltissime cose di me, e mi piace molto il lavoro che stiamo facendo, ma il mio problema principale, adesso, è che comunque non riesco a studiare".

Data la situazione complessiva di questa persona, e la necessità che avvertivo di aiutarla a portare a termine con successo qualcosa nella sua vita, così che potesse avere una base reale più solida per poter consolidare una migliore autostima e costruire la sua "nuova vita", pensai che avesse ragione. Dovevo aiutarla anche concretamente a studiare fornendole una presenza che le permettesse di non perdere fiducia in se stessa e di non avvilitarsi quando l'angoscia l'assaliva e diventava vittima dei suoi ricordi post-traumatici intrusivi, dei suoi pensieri autopunitivi, della desolante sensazione di

solitudine che, legittimamente, provava, e della tentazione a ricorrere ad agiti autodistruttivi che le avevo vietato come condizione per proseguire il trattamento. E, in alcuni momenti, dovevo darle dei suggerimenti pratici su come portare avanti lo studio senza perdersi in infinite divagazioni e approfondimenti per mezzo dei quali cercava di allontanare l'angoscia di essere trovata impreparata o incapace di parlare e pensare nel corso dell'esame.

Credo che il mio aiuto concreto, oltre a disconfermare credenze patogene potenti connesse all'odio di sé (non so parlare, non so pensare, sono un'ignorante, nessuno ha voglia di stare con me, i miei bisogni sono pesanti, fallirò in tutto, ho distrutto la mia vita e la mia mente), abbia aiutato questa persona anche a trovare un modo di studiare che fosse più praticabile del modo ossessivo, angosciante e opprimente che prima viveva come unica alternativa alla rinuncia. E questo aiuto concreto è andato avanti per circa due anni perché, oltre a dover contrastare le credenze patogene che periodicamente facevano la loro ricomparsa, con gli affetti dolorosi che ne derivavano, questa giovane donna "non conosceva altro modo per studiare". E va da sé che questo aiuto concreto sia stato sempre associato alla necessità di superare i suoi test, per cui a volte era sufficiente ascoltare le sue angosce, e aiutarla a capirne il senso e superarle, altre volte mi sono trovato nella necessità di essere più duro, quando voleva imporsi un modo di studiare tanto ossessivo da diventare, di fatto, una forma di espiazione, altre volte ancora si è trattato di ascoltarla mentre mi parlava di ciò che studiava, così da disconfermare l'idea di essere pesante e non degna di attenzione; altre volte ancora, dovevo semplicemente esserci. L'aiuto concreto non è dunque stato un sostituto di interventi più tipicamente psicoterapeutici, ma una loro nuova forma e un loro complemento. A tratti, se si vuole, simile a un'esposizione con prevenzione della risposta.

Affrontare ciò che si teme

Se una strategia, ad esempio di evitamento, non mi espone al pericolo paventato da una mia credenza patogena, allora posso anche smettere di testare quella credenza, almeno per alcuni periodi, e non mettere in discussione quella strategia, perché vivo il danno mancato come suo esito positivo. *Non è successo nulla di male perché ho fatto così, ma se avessi fatto diversamente, sarebbe successo ciò che temevo.*

Di qui l'importanza di stimolare la persona all'esposizione aiutandola a consolidare la sua fiducia nelle capacità di controllo inconscio della propria vita psichica ed emotiva. Anche perché continuare a non riuscire a fare qualcosa, o a non farla, finisce per creare uno stato che si auto-rinforza in quanto la persona *consolida un'immagine di sé come incapace in quell'ambito, o mancante*. Se, ad esempio, una persona non si avvicina a persone nuove perché teme di essere rifiutata, può a tratti smettere di testare questa credenza, e quindi non avvicinarsi a nessuno e smettere di sperare che qualcuno si avvicini a lei. Ovviamente, questo può far sì che la persona non riesca a stabilire nuovi rapporti, sia perché lei non fa nulla per farlo sia perché il suo modo di rapportarsi a eventuali persone che si avvicinano a lei - ad esempio mostrandosi timorosa, chiusa, poco interessata, scettica ecc. - può finire per allontanare queste persone. Il permanere di una situazione di questo tipo finisce quindi facilmente per consolidare un'immagine di sé come di una persona "chiusa" o "non interessata ai rapporti", cosa che a sua volta facilita il consolidarsi dell'evitamento dei rapporti e la difficoltà a mettere alla prova la credenza per cui è destinata a stare da sola; a questo punto, questa non è altro che "la mia natura", può dire a se stessa questa persona. Tutto sommato, "sono fatta così". Ed è ovvio che quest'idea potrà essere sostenuta anche perché scherma la persona dai potenziali rischi che la sua credenza patogena prefigura.

Insomma, non è raro che si creino circoli viziosi costruiti da credenze patogene, strategie e affetti che ne conseguono e rappresentazioni di sé che ne derivano.

Su eventi reali, obiettivi e credenze

Non è detto che gli *obiettivi sani e piacevoli* inibiti dalle credenze patogene restino attivi sempre e per tutto il tempo, da quando queste credenze si consolidano al presente. Possono anche *disattivarsi e riattivarsi* in seguito, in conseguenza di mutamenti di qualche tipo nell'ambiente o nella persona. Così come i mutamenti interni ed esterni possono implicare che la persona si *ponga degli obiettivi per certi versi nuovi*.

È infatti possibile che l'emergere di un nuovo obiettivo in funzione di mutate richieste ambientali o dell'emergere di una nuova fase evolutiva diventi motivo di sofferenza, e quindi di richiesta di aiuto, perché il raggiungimento di questo nuovo obiettivo è ostacolato da una o più *credenze patogene inconsce* al soggetto. Detto in altri termini, perché la persona si rende conto di non riuscire a fare qualcosa che inizia a desiderare o deve fare, o si accorge che nella sua vita manca qualcosa che vede nelle vite degli altri. O magari perché avverte la mancanza di qualcosa senza riuscire a capire precisamente di cosa si tratti.

Tra gli esempi più frequenti di questo tipo di situazioni credo che spesso rientri l'emergere di difficoltà in fasi di vita peculiari come la pubertà (in cui i temi della sessualità e dello status sono centrali, come lo è la differenziazione dalla famiglia di origine e il valore di sé in presenza di mutamenti corporei considerevoli e nuove sfide sociali), o in momenti difficili come la fine del percorso di studi (con tutte le difficoltà connessa all'autonomia economica, alla scelta e alla ricerca di un lavoro ecc., che riattivano sensi di colpa da odio di sé, sopravvissuto, separazione/slealtà), la fine di una relazione (che, oltre al problema del lutto, spesso implica confrontarsi con la capacità di essere single, il tema del proprio valore, quello della responsabilità onnipotente e della separazione), o l'incapacità di vivere relazioni sentimentali appaganti (che richiama spesso tematiche da odio di sé e senso di colpa del sopravvissuto o da slealtà), la nascita di un figlio o l'uscita di un figlio da casa.

Insomma, dobbiamo pensare a una *relazione dinamica tra eventi della realtà esterna, mutamenti interni, attivarsi o passare in secondo piano di obiettivi, riattivarsi di credenze patogene, costruzione di nuovi nessi tra credenze vecchie e obiettivi emergenti e, in casi estremi, costruzione di nuove credenze, con tutte le conseguenze emotive, cognitive e motivazionali che ciò implica.*

Se ripenso ai pazienti che ho seguito fino a oggi, le cause scatenanti prevalenti delle loro difficoltà sono state: la difficoltà a sottrarsi alle pressioni di un partner a causa del proprio senso di colpa da responsabilità onnipotente; la difficoltà a vivere una relazione d'amore serena, a elaborare il lutto per la fine di un rapporto o a laurearsi dovuta all'odio di sé e/o alla responsabilità onnipotente; la difficoltà a completare gli studi e andare via di casa dovuta a odio di sé o forti sensi di colpa da separazione o del sopravvissuto; la difficoltà a progettare un futuro autonomo e di successo connessa a odio di sé e sensi di colpa del sopravvissuto e da separazione/slealtà; la difficoltà ad articolare un proprio desiderio o a chiedere ciò di cui si ha bisogno dovute a sensi di colpa da odio di sé, separazione e responsabilità onnipotente; oltre, ovviamente, ai sintomi che da ciò derivavano: ansia, depressione, attacchi di panico, uso di sostanze, parafilie, atti autolesivi, disturbi alimentati e difficoltà sessuali in primis.

Auto-test

Le persone si testano da sole. A questo fatto si fa a volte cenno in alcuni scritti di Weiss, ma non viene mai approfondito. Eppure, non è raro che i pazienti ci raccontino che hanno “provato a fare qualcosa” per vedere se ci riuscivano, o se si verificano gli eventi infausti che temevano si sarebbero verificati. Spesso, a onore del vero, questi “auto-test” si rivelano però *una forma più o meno sottile di autopunizione*, come un voler provare a se stessi la propria incapacità e l'ineluttabilità del proprio destino, o la correttezza delle opinioni negative che queste persone si sono formate su se stesse. Ma, in ogni caso, questi “auto-test” sono espressione del fatto che la persona sta cercando di perseguire un obiettivo ostacolato da una credenza patogena, e non ha perso la speranza.