

## Sul ruolo degli scopi nella formulazione del piano

Angelo Maria Saliani ©

Questo breve elaborato scritto per l'esame del corso teorico di Control-Mastery Theory (CMT) nasce dal desiderio di integrare i principi appresi con le mie osservazioni cliniche e la mia formazione di psicoterapeuta cognitivo. Una integrazione senza forzature concettuali o rischi di eclettismo è resa possibile, a mio avviso, da un'idea di base del funzionamento psichico condivisa dalla CMT e dal cognitivismo, ossia quella di un comportamento umano regolato non da pulsioni, né da meri apprendimenti, ma da *rappresentazioni*, e più in particolare, da un'idea di mente intesa come sistema governato da scopi e credenze.

—————

Il concetto di *piano* è la base su cui la Control-Mastery Theory (CMT) fonda la spiegazione del problema psicologico del paziente, ma non solo: nel piano sono già delineati gli elementi essenziali della strategia terapeutica e i punti critici del processo terapeutico. Elaborata una buona formulazione del piano, il terapeuta avrà tra le mani una mappa per orientarsi nella comprensione della sofferenza del paziente e nella scelta di interventi strategicamente terapeutici, *pro-plan*, ossia a favore del perseguimento degli obiettivi sani dell'individuo. Classicamente la CMT propone una formulazione del piano in cinque punti: 1) gli *obiettivi* che il paziente desidera raggiungere, 2) gli

*ostacoli* psicologici che gli impediscono di raggiungere tali obiettivi, 3) i *traumi*, gli elementi biografici critici che hanno causato o contribuito a determinare lo sviluppo degli ostacoli, 4) i *test* cui il terapeuta sarà sottoposto dal paziente nel corso del trattamento, 5) gli *insight* che aiuterebbero il paziente nel superamento degli ostacoli e dunque nel perseguimento dei propri obiettivi.

In questo breve scritto mi soffermerò principalmente sul primo e sul secondo dei cinque punti della formulazione del piano, con particolare riguardo al ruolo giocato dagli scopi. Il concetto di piano implica quello di scopo (o obiettivo): un piano va infatti inteso come un sistema di operazioni tese al raggiungimento di un risultato. Un piano senza scopi semplicemente non è un piano. Ora, nella formulazione del piano proposta dalla CMT, la centralità degli scopi è evidenziata in modo elegante e inequivocabile nel primo dei suoi punti: quello relativo agli obiettivi del paziente. Il paziente ha degli obiettivi sani e realistici (ad es. innamorarsi e stringere una relazione appagante, oppure ottenere una qualifica professionale che gli garantisca uno status socio-economico più gratificante, o ancora prendersi cura di un problema fisico che trascura da anni, o qualsiasi altra cosa gli procuri piacere, gioia, crescita, gratificazione, in una parola, benessere), e testa la disponibilità e la capacità del terapeuta di aiutarlo nel perseguimento di tali obiettivi. Il paziente ha in definitiva lo scopo di farsi aiutare a raggiungere i propri scopi.

Nel secondo punto della formulazione, quello relativo agli ostacoli, il concetto di scopo sembra perdere centralità per lasciare campo a quello di *credenza patogena*. Potremmo anzi dire che il concetto di credenza patogena è usato sostanzialmente come sinonimo di ostacolo. In altri termini,

se gli scopi indicano dove sarebbe giusto, desiderabile e sano andare, le credenze patogene sono le trappole che interrompono o frenano questo cammino virtuoso. La credenza è solitamente rappresentata in forma di regole “*se... allora...*”, ad esempio, Mimmo crede che *se venisse promosso e guadagnasse molto di più, suo fratello si sentirebbe un fallito*; Laura crede invece che *se provasse a migliorare il proprio aspetto sembrerebbe ridicola e presuntuosa*; Clarissa infine crede che *se scegliesse un fidanzato vitale e solare, suo padre si sentirebbe tradito*. La ragione per cui credenze come queste hanno un potere patogeno è intuitiva e sembra risiedere nel fatto che sono tutte contrarie al benessere dell’individuo. Tuttavia, a un ulteriore livello di analisi, più che una generica contrapposizione tra le credenze dell’individuo e il suo benessere, gli ostacoli sembrano tutti segnalare un conflitto più specifico tra gli scopi sani dell’individuo ed altri suoi scopi che potremmo definire patogeni. Il carattere patogeno di uno scopo è dato proprio dalla contrapposizione che esercita nei confronti di uno scopo sano ostacolandone la naturale espressione. Tornando agli esempi riportati sopra, Mimmo è frenato nel miglioramento del proprio status socio-economico per ragioni legate a precoci difficoltà fisiche e psichiche e fallimenti ripetuti del fratello minore (terzo punto della formulazione del piano: i traumi), e sulla base di ciò ha sviluppato lo *scopo* di non farlo sentire ancora una volta perdente, superato, sconfitto (secondo punto della formulazione: gli ostacoli). Tale scopo, in sé nobile e altruistico, diventa patogeno perché porta Mimmo a preferire alla propria realizzazione personale un sabotaggio (o una seria limitazione) del proprio successo che da un lato modulerà il suo senso di colpa del sopravvissuto, ma dall’altro lo

condannerà a un senso cronico di insoddisfazione, senza che peraltro questo migliori in modo sostanziale la condizione del fratello. La credenza patogena acquista un senso psicologico pieno proprio perché implica questo scopo, questa motivazione.

In modo analogo, Laura trascura il proprio corpo e il proprio aspetto non semplicemente perché crede che se se ne prendesse cura risulterebbe ridicola (se infatti fosse disinteressata a come appare, questa credenza avrebbe un impatto emotivo pressoché nullo) ma perché, dopo aver subito per anni i severi standard estetici del padre (terzo punto della formulazione), ha sviluppato la *credenza* di non meritare un aspetto migliore e lo *scopo* di non esporsi a ulteriori giudizi sprezzanti e sarcastici (secondo punto, gli ostacoli): provare a migliorare il proprio aspetto significherebbe agli occhi di Laura migliorare qualcosa che non ha il diritto di migliorare, e dunque compromettere il suo scopo di prevenire il disprezzo e la derisione causati dalla sua presunzione.

Infine, se Clarissa resta con l'attuale ragazzo, molto serio e un po' cupo, è perché crescendo con un padre depresso, deriso e infine lasciato dalla moglie, ha sviluppato lo *scopo* fondamentale di far sentire il padre sempre amato e speciale per quella che Clarissa preferisce chiamare la sua "straordinaria sensibilità" (il terzo punto, gli ostacoli). Lasciando l'attuale fidanzato - per alcuni versi simile al padre - per un altro assai più solare e vitale, Clarissa penserebbe di aderire all'atteggiamento irridente della madre compromettendo il suo scopo di far sentire il padre accettato e amato. Sentirebbe, in altri termini, di tradire lui e il mandato che ha scelto. Anche nel caso di

Clarissa, come in quelli di Mimmo e Laura, la credenza patogena è emotivamente pregnante perché implica una motivazione di fondo, uno scopo.

Sull'onda di queste considerazioni, mi è venuto naturale formulare i piani dei miei pazienti aggiungendo, alle loro credenze patogene, quelli che chiamerei gli *scopi patogeni* del paziente.

Nello specchio riassuntivo che segue sintetizzo i primi tre punti delle formulazioni dei piani rispettivamente di Mimmo, Laura e Clarissa, aggiungendo ai loro obiettivi sani e alle credenze patogene i loro scopi patogeni. Dunque, l'unica vera deroga al metodo classico CMT di formulazione del piano sta esattamente nell'aggiunta degli scopi patogeni alla voce *ostacoli*.

## MIMMO

### OBIETTIVO:

crescere professionalmente, essere promosso e guadagnare di più.

### OSTACOLI:

-**Scopo patogeno:** proteggere il fratello (*sempre*) da confronti per lui dolorosi e umilianti.

-**Credenza patogena:** "se cresco professionalmente mio fratello si sentirà sconfitto e umiliato."

### TRAUMI:

Mimmo cresce con un fratello minore con precoci limiti fisici (un'asma cronica) e comportamentali che va incontro a ripetute difficoltà di profitto scolastico e di socializzazione, frequentemente sottolineate dai confronti fra i due fratelli provenienti dell'ambiente circostante.

LAURA

OBIETTIVO:

Prendersi cura di sé, apprezzare le parti belle del proprio corpo e migliorare il proprio aspetto.

OSTACOLI:

-**Scopo patogeno:** prevenire (*sempre*) la derisione e il disprezzo altrui e il senso di disgusto di sé che ne consegue.

-**Credenza patogena:** “sono brutta e non ho il diritto di valorizzare il mio corpo; se provassi a migliorare il mio aspetto apparirei ridicola e farei schifo.”

TRAUMI:

Laura cresce con un padre narcisista e una madre dipendente che le trasmettono costantemente con battute, risatine o commenti l'idea che non ha grazia e non è all'altezza dei loro ideali. La critica è inasprita dal confronto continuo con una sorella e una cugina ritenute da tutti belle e sicure.

CLARISSA

OBIETTIVO:

Lasciare l'attuale ragazzo per un fidanzato più solare e vitale che le piace di più.

OSTACOLI:

-**Scopo patogeno:** far sentire (*sempre*) il padre amato e apprezzato per la sua “straordinaria sensibilità”. Non diventare come la madre che lo irride per il suo temperamento malinconico.

-**Credenza patogena:** se mi legassi a Luca mio padre si sentirebbe tradito e crederebbe che lo giudico esattamente come fa mia madre.

TRAUMI:

Clarissa cresce con un padre introverso, cupo e malinconico e una madre che lo irride per questo suo temperamento. Quando Clarissa ha circa dieci anni, la madre chiede la separazione per andare a vivere con un collega, un uomo molto diverso dal padre, con un carattere estroverso e pieno di energia. Il padre a quel punto cade in una profonda depressione dalla quale non si è mai definitivamente ripreso.

Gli esempi clinici di Mimmo, Laura e Clarissa mi consentono non solo di considerare l'utilità di aggiungere gli scopi patogeni alla formulazione del piano, ma anche di proporre una riflessione sulla loro natura. Lo scopo patogeno raramente è tale perché in sé dannoso e distruttivo, ma piuttosto lo diventa quando compromette gravemente il raggiungimento di un altro scopo sano e desiderabile. Avere lo scopo altruistico di proteggere un fratello da sentimenti di umiliazione (Mimmo), o quello di non far sentire tradito un genitore (Clarissa), o infine quello di non esporre se stessi al sarcasmo e al disprezzo (Laura), non hanno nulla di patogeno in sé, lo diventano quando acquistano un tale valore psicologico da essere investiti in modo rigido e assoluto: proteggere *sempre* un fratello dai sentimenti di fallimento, non far sentire *mai e in nessun modo* tradito il proprio padre, prevenire *sempre* il rischio di essere oggetto di sarcasmo da parte di *chiunque*. Senza deroghe, senza sconti, senza pietà.

Un ulteriore carattere degli scopi patogeni che sembra emergere dall'ascolto dei pazienti e noto da tempo al cognitivismo clinico è quello della loro *formulazione in negativo*. Gli scopi patogeni sembrano essere spesso rappresentati nella mente di chi soffre in forma di anti-scopi (*anti-goal*) più che di chiari obiettivi da raggiungere: *non* fare soffrire qualcuno, *non* sentirsi in colpa, *non* fare brutte figure, *non* far sentire qualcuno tradito, *non* apparire egoisti, *non* lasciarsi umiliare, etc. Dunque scenari e stati emotivi dolorosi, da allontanare, più che piani formulati in positivo per raggiungere qualcosa di preciso e definitivo. Una delle implicazioni patologiche di un anti-scopo è che resta attivo nella mente dell'individuo virtualmente in modo perpetuo. Provando a spiegarmi con

l'aiuto di un esempio: avere lo scopo positivo e ben rappresentato che mio fratello raggiunga un certo traguardo professionale significa poter disinvestire da quello scopo una volta che sarà raggiunto; per dirla con Miller, Galanter e Pribram, ho chiari i criteri di *exit* di quel TOTE (Test-Operate-Test-Exit); avere invece l'anti-scopo dei suoi fallimenti significa essere costantemente preoccupati che lo scenario doloroso si attui anche se e quando mio fratello dovesse ottenere dei successi. Gli eventuali successi non escluderebbero infatti la possibilità di futuri fallimenti, e lascerebbero perciò attivo l'anti-scopo, rendendolo virtualmente perpetuo.

Concludo questa breve riflessione sulla natura degli scopi patogeni provando a illustrare una dinamica che ho osservato nella pratica clinica e nelle supervisioni di casi seguiti da altri terapeuti. Si tratta di un fenomeno a mio avviso molto frequente che si verifica quando uno scopo nato e investito come *obiettivo sano* assume nel tempo il carattere di uno scopo patogeno diventando inevitabilmente esso stesso oggetto di *test*. Per maggiore precisione, voglio chiarire che non ho in mente l'idea di una mutazione della natura dell'obiettivo da sano a patogeno. L'obiettivo sano resta sano, sarebbe perciò più corretto dire che talvolta gli esseri umani sviluppano *meta-scopi patogeni* relativi a scopi sani.

La CMT afferma che gli esseri umani sono guidati da obiettivi e testano il proprio ambiente sperando di trovare le disconferme necessarie delle credenze patologiche che ne ostacolano il loro naturale raggiungimento. L'osservazione clinica, in effetti, suggerisce che talvolta i pazienti, dopo avere sviluppato credenze patologiche a seguito di esperienze traumatiche precoci, molti anni dopo,

grazie a una psicoterapia o a esperienze correttive spontanee ed esterne al setting terapeutico, trovino il modo di contrapporsi alle credenze e agli scopi patogeni. Trovano cioè la forza, il coraggio e il diritto di tentare di eliminare gli ostacoli contrari al proprio benessere. Ora, il fenomeno, apparentemente paradossale, è che nel tempo l'obiettivo sano faticosamente legittimato e investito può diventare patogeno. O meglio, può essere minato, da meta-scopi patogeni. Mi spiegherò ancora una volta con l'aiuto di un esempio:

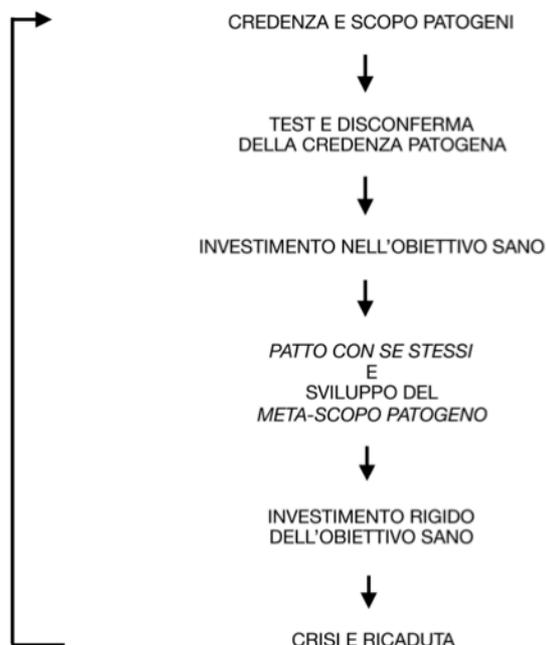
Fausto cresce con genitori presenti e affidabili ma poco inclini ad espressioni di affetto e intimità, sia nei suoi confronti che verso l'altro figlio molto più grande di Fausto, sia tra loro stessi intesi come coppia che all'esterno del nucleo familiare. Fausto cresce isolato in una percezione permanente di sicurezza materiale, ma di evidente aridità interpersonale: non ricorda di avere mai giocato con i suoi né con il fratello o di averli visti divertirsi, o ospitare gente in casa o frequentare case di altri se non in rarissime circostanze formali (matrimoni, funerali, qualche festa comandata). Pur desiderandolo, mai si sarebbe sognato di invitare un amico a fare i compiti a casa né di festeggiare un compleanno. La sua attitudine a stare solo, i suoi modi seri ed educati, il suo atteggiamento scrupoloso a scuola lo espongono molto presto a prese in giro, soprannomi ironici e ad una sostanziale esclusione. Fausto sviluppa così la convinzione di essere "strano", una specie di "ufo" destinato ad una vita arida e solitaria: se si fosse ribellato a questo destino cercando di stringere amicizie, flirtare con le ragazze, fare cose simili a quelle che facevano i coetanei, sarebbe andato inesorabilmente incontro al rifiuto. Tuttavia, nella tarda adolescenza, grazie anche alle

esperienze correttive dovute all'amicizia di un compagno di classe socievole e popolare, decide di ribellarsi alla sua vecchia credenza patogena e persegue l'obiettivo sano e realistico di aprirsi a nuove esperienze interpersonali. Giunge a un vero e proprio patto con se stesso riassumibile in questo imperativo che si ripete come un mantra: *"mai più solo, ma più sfigato!"*. Dopo qualche difficoltà iniziale il suo tentativo viene premiato, stringe molte amicizie, va a vivere fuori, frequenta delle ragazze, rivede in modo critico la vecchia credenza di essere un "ufo" sebbene con la consapevolezza di doverci in qualche modo fare i conti, anche in futuro. I problemi subentrano perché l'investimento dell'obiettivo sano diventa molto presto scientifico, rigido, maledettamente severo. Fausto ha sviluppato il meta-scopo di non derogare mai (!) allo scopo sano. Tutta la sua vita è regolata da esso e qualsiasi titubanza o fallimento o semplice desiderio momentaneo di solitudine sono vissuti con profonda angoscia. Quando chiederà di iniziare la psicoterapia Fausto sarà nel pieno di una di queste crisi. I *test* che mi poneva erano due, simultanei e apparentemente in conflitto reciproco: il primo riguardava la vecchia credenza patogena, il secondo il meta-scopo patogeno di dover investire in modo assoluto nell'obiettivo sano. In seduta era angosciato, mi diceva di non potersi distrarre dalla ricerca di una vita sociale più appagante e di essere preoccupato perché invece negli ultimi giorni aveva sentito insistentemente il vecchio desiderio "malato" di starsene da solo e non vedere nessuno. Forse - rifletteva - doveva semplicemente rassegnarsi al suo "destino" di solitudine. Convinto di superare il test derivante dalla sua più antica credenza patogena, gli risposi che non doveva rassegnarsi ad alcun destino di solitudine e lo esortai a non starsene chiuso in casa.

Fallii il test (o almeno uno dei due), e Fausto peggiorò sensibilmente nei giorni che seguirono. Superai i test quasi per caso quando gli ripetei quella che lì per lì mi sembrò un'ovvietà e che invece fu decisiva, e cioè che non c'era alcun destino a cui rassegnarsi, che faceva bene a coltivare la sua vita sociale e i rapporti interpersonali, *ma* che aveva anche *tutto il diritto* di starsene a casa tutte le volte che voleva. L'aggiunta di quest'ultima parte, la legittimazione a fallire temporaneamente nel raggiungimento dello scopo sano consentì di superare entrambi i test. Fausto apparve subito sollevato e pian piano nei mesi che seguirono riuscì sempre meglio a perseguire il suo obiettivo di coltivare le relazioni, ma in modo più sereno, non assoluto né intransigente.

Ho riscontrato questa dinamica in molti altri casi e sembra rispettare sempre la stessa sequenza.

Provo a rappresentarla nel grafico che segue:



Le ragioni psicologiche per cui gli esseri umani talvolta investono in modo patogeno nell'obiettivo sano immagino possano essere molte. Quelle che a me appaiono più evidenti sono due. Mi limiterò a delinearle in modo molto sommario. La prima: la paura, o meglio, il terrore di tornare indietro, di essere risucchiati dalle credenze patogene e precipitare nel baratro della sofferenza precedente, un terrore che è spesso espressione dei sensi di colpa interpersonali. La seconda: i pazienti si sentono spesso esageratamente responsabili della riuscita del proprio piano e provano un senso di colpa verso se stessi, temono di tradire il proprio piano venendo meno al patto con se stessi.

## Bibliografia

- Barcaccia B., Mancini F. (a cura di) (2013). *Teoria e clinica del perdono*, Raffaello Cortina, Milano.
- Castelfranchi C. (2005). *Che figura*. il Mulino, Bologna.
- Castelfranchi C., Mancini F., Miceli M. (2002). *Fondamenti di cognitivismo clinico*. Bollati Boringhieri, Torino.
- Castelfranchi C., Miceli M. (1995). *Le difese della mente*. Carocci Editore
- Curtis J. T., Silberschatz G. (1986). *Clinical implications on brief dynamic psychotherapy. Formulating the patient's problems and goals*. *Psychoanalytic Psychology* 1986, 3 (1), 13-25
- Gazzillo F. (2016). *Fidarsi dei pazienti*. Raffaello Cortina, Milano.
- Gazzillo, F. (2012). *I Sabotatori Interni*. Raffaello Cortina, Milano.
- Mancini F. (2016). *La mente ossessiva*. Raffaello Cortina, Milano.

Mancini F., (1996) *L'egodistonia*. In B. Bara (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.

Mancini F. e Gangemi A. (2002), *Il paradosso nevrotico, ovvero della resistenza al cambiamento*. In C. Castelfranchi, Mancini F., e M. Miceli (a cura di), *Fondamenti di cognitivismo clinico*. Torino: Bollati Boringhieri.

Mancini F., Perdighe C., (2012). *Perché si soffre? Il ruolo della non accettazione nella genesi e nel mantenimento della sofferenza emotiva*. *Cognitivismo Clinico*, 9, 95-115.

Mancini F e Saliani AM (2013). *Senso di colpa deontologico e perdono di sé nel disturbo ossessivo-compulsivo*. In Barcaccia B e Mancini F (a cura di), *Teoria e clinica del perdono*. Raffaello Cortina Editore.

Mancini F. e Semerari A. (1990). *Le teorie cognitive dei disturbi emotivi*. Roma: La nuova Italia Scientifica (NIS).

Miller G.A., Galanter E. e Pribram K.H. (1960). *Plans and the structure of behavior*. Holt, New York.

Perdighe C., Mancini F. (2012). *Dall'investimento alla rinuncia: favorire l'accettazione in psicoterapia*. *Cognitivismo Clinico*, 9, 116-134.

Saliani A.M. e Mancini F., (2016). *Trappole durante il trattamento: credenze e scopi che le determinano e soluzioni*. In Mancini F. (a cura di) *La mente ossessiva*, Parte II, cap. XXII, Raffaello Cortina, Milano.

Saliani A.M., Mancini F., (2012). *Il paziente ossessivo: rappresentazioni relative all'intervento di aiuto e impasse terapeutiche*. *Cognitivismo Clinico* vol. 9.2, 2012.



# Control Mastery Theory Italian Group

---

Semerari A., (2000). *Storia, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*. Laterza, Bari.

Silberschatz G. (2017). *Control-Master Theory*. Reference Module in Neuroscience and

Biobehavioral Psychology, 2017, 1-8

Weiss J. (1990). *Unconscious mental functioning*. Scientific American, 262, 103-109.

Weiss J. (1993). *How Psychotherapy Works*. Guilford, New York

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