

Il concetto di test: la messa alla prova delle credenze patogene

di Camilla Mannocchi

Il concetto di test è forse uno dei più innovativi della Control-Mastery Theory, nonché uno di quelli dalle maggiori implicazioni cliniche e pratiche, e in questo breve lavoro cercherò di spiegare il perché di questa mia affermazione.

La Control-Mastery Theory (CMT; Gazzillo, 2016; Silberschatz, 2005; Weiss, 1993; Weiss, Sampson & The Mount Zion Psychotherapy Research Group, 1986) può essere definita come un modello di matrice relazionale, cognitivo-dinamico, del funzionamento mentale e della psicopatologia. Sviluppata a partire dalle osservazioni cliniche di Joseph Weiss, e corroborata dalle ricerche empiriche di Harold Sampson e del Mount Zion Psychotherapy Research Group (ora San Francisco Psychotherapy Research Group), essa pone al centro di qualunque attività umana la motivazione all'*adattamento* e la ricerca del *senso di sicurezza*. Secondo la CMT, infatti, gli individui sono fundamentalmente motivati ad adattarsi alla realtà, a perseguire *obiettivi sani e realistici*, a *padroneggiare traumi* e a *risolvere dei problemi*, ma per farlo devono sentirsi sufficientemente al sicuro.

A ostacolare il raggiungimento di questi obiettivi adattivi sarebbero una serie di *credenze* sviluppatasi nel corso dell'infanzia durante interazioni traumatiche con altri significativi, come i genitori e i fratelli. Fin da piccoli, infatti, gli individui sono molto interessati alla realtà, ovvero a comprendere il mondo che li circonda, per farsi un'idea di come potersi muovere in esso. Hanno bisogno di nozioni *il più possibilmente coerenti* su come funziona il mondo e le relazioni con

gli altri, e già dall'infanzia si formano delle idee (delle credenze) in merito (Beebe e Lackmann, 2002, 2013; Murray, 2014) e continuano a farlo per tutta la vita (Silberschatz, 2005), visto anche che le ipotesi su come il mondo sia e funzioni vengono continuamente messe alla prova dalle persone, implicitamente o meno (Gopnick, Meltzoff, e Khul, 1999; Stern, 1985).

Nell'infanzia, però, l'immaturità emotiva e cognitiva, insieme alla scarsa esperienza, fanno sì che per comprendere "come funzioni il mondo" i bambini si basino in gran parte sui messaggi, impliciti ed espliciti, che vengono loro inviati dalle figure di riferimento. Il bambino, infatti, ha un *assoluto bisogno dei propri genitori per sopravvivere*, e dunque necessita che la relazione con loro sia preservata; è inoltre *empaticamente* interessato a che le suddette figure di riferimento siano felici, non solo per la propria sopravvivenza: se ne sente responsabile.

Tutto questo comporta che ogni comunicazione dei genitori relativa a se stessi, agli altri e al mondo, venga accolta dal bambino come realtà assoluta e insindacabile su come il mondo sia, su come sia giusto trattare gli altri, e su come lui meriti di essere trattato. A volte, allora, può capitare che alcune di queste comunicazioni portino il bambino a sviluppare una serie di convinzioni (ovvero, *credenze*) particolari, nelle quali è presente un'associazione tra il perseguimento di un obiettivo sano e una conseguenza negativa per il bambino o per la relazione con i suoi *caregiver*. Credenze di questo tipo vengono definite *patogene* poiché ostacolano o rendono fonte di sofferenza il perseguimento di obiettivi sani e realistici. Esse sono, in sostanza, una conseguenza di situazioni *reali* vissute come *traumatiche*.

Un esempio potrebbe essere il seguente: se un bambino è vissuto con una madre depressa, che accoglieva in modo negativo le sue manifestazioni di

vitalità e i suoi tentativi di esplorazione attiva e curiosa dell'ambiente, o in modo esplicito ("Così mi farai morire, non riesco a starti dietro!") o in modo implicito, con atteggiamenti di rifiuto o espressioni facciali tristi o esasperate, il bambino potrebbe strutturare la seguente credenza patogena: "I miei bisogni sono eccessivi per gli altri, e se li manifesto, li appesantirò e li danneggerò".

Poiché questo tipo di interazione, per portare al formarsi di una credenza patogena vera e propria, deve essere ripetuto nel tempo, un trauma simile viene definito *da stress*.

A volte gli eventi traumatici conseguentemente ai quali si sviluppa una credenza patogena, però, sono situazioni gravi e puntiformi (come la morte improvvisa o la malattia di un genitore o di un fratello); in questo caso, si parla di *traumi da shock*.

La sostanza però non cambia: certe situazioni hanno portato il bambino a credere che il perseguimento di un obiettivo sano potrebbe avere conseguenze terribilmente negative, quindi lui farà di tutto per evitarle anche in futuro. Le credenze sono vissute come verità assolute, per cui il bambino, che non necessariamente ne è consapevole in modo esplicito, crescendo vi farà riferimento anche quando si relazionerà con persone diverse dai propri caregiver (*ipergeneralizzazione*) per evitare qualsiasi rischio di ri-traumatizzazione futura (questo ultimo passaggio dovrebbe sottolineare come, almeno in origine, la funzione delle credenze patogene sia *adattiva*).

Inoltre, a causa del *bias* cognitivo di conferma sarà molto più probabile per una persona essere ricettiva a esperienze che *confermino* quella che ritiene essere la realtà e la verità, trascurando o ignorando segnali di disconferma. A causa del *bias di sicurezza*, poi, le persone sono portate a dare più peso alle credenze che

promettono di tenerle al riparo dai pericoli che a quelle che promettono maggiore soddisfazione. Infine, secondo la CMT, abbandonare le proprie credenze patogene significherebbe non solo esporsi al rischio di essere nuovamente traumatizzati, ma anche venire meno agli insegnamenti dei genitori. Questo porta a vivere fortissimi *sensi di colpa* all'idea di perseguire obiettivi interdetti da varie credenze patogene. Si può temere, consciamente o meno, che avere una vita migliore dei propri genitori li farà soffrire (*senso di colpa da sopravvissuto*); che separarsi da loro - fisicamente o dalle loro idee - causerà ai genitori molto dolore (*senso di colpa da separazione/slealtà*); che non bisognerebbe cercare di stare meglio e perseguire i propri obiettivi, perché ci si deve occupare solo dei bisogni degli altri (*senso di colpa da responsabilità onnipotente*); che non si può chiedere che ci si occupi dei propri bisogni, perché questi sono eccessivi (*senso di colpa da burdening*); infine, ci si può sentire in colpa semplicemente per come si è, essendo convinti di essere intrinsecamente sbagliati e non meritevoli di amore e protezione (*senso di colpa da odio di sé*). Sarebbero quindi tutte queste cose insieme (il fatto che in origine le credenze erano adattive; l'autorità di cui sono rivestite che le fa vivere come l'unica realtà possibile; il *bias* cognitivo di conferma e quello di sicurezza; i sensi di colpa interpersonali che si oppongono alla messa in discussione degli insegnamenti dei genitori; il loro essere largamente inconscie) a rendere molto difficile lasciare andare le proprie credenze patogene, anche a discapito del benessere personale.

Le idee per cui sono le *esperienze reali* a influenzare il funzionamento mentale così come la genesi di una sintomatologia psicologica; l'inconscio è in grado di svolgere molte funzioni tradizionalmente imputate al solo pensiero cosciente (come valutare la realtà ed elaborare piani e strategie per evitare di rivivere

nuovi traumi); e la centralità che il modello dà al principio regolatore *sicurezza vs pericolo* sono state trattate e confermate anche da molti studi di matrice cognitiva, dall' *infant research* e dalla psicologia evolucionista (vedi per esempio Ambady e Rosenthal, 1992; Bargh, 2017; Chaiken & Trope, 1999; Evans, 2008; Gawronski, Sherman & Trope, 2014; Shiffrin e Schneider, 1977), e affondano le loro radici nelle ultime teorizzazioni di Sigmund Freud (1920, 1925, 1938).

Il maggiore elemento di novità e specificità del modello CMT sta allora proprio nel concetto di *testing*. Vale a dire, è vero che le persone, a causa di esperienze reali e traumatiche, e proprio per adattarsi a esse, sviluppano una serie di credenze che hanno come ultima conseguenza quella di portarli ben lontani dallo stare bene. L'idea della Control Mastery-Theory, però, è che le persone *cerchino disperatamente di disconfermare le loro credenze patogene, ormai costrittive e foriere di sofferenza, perché vogliono davvero stare bene e realizzare nella vita obiettivi sani e piacevoli*. Comportamenti apparentemente inspiegabili, o francamente disadattivi, sono in realtà messi in atto nel tentativo di *non* ottenere le stesse reazioni traumatiche del passato da parte degli altri. La speranza è di vivere esperienze diverse. Il tentativo è quello di elaborare i traumi del passato dando loro un "lieto fine".

Il bambino può adattarsi in vari modi alla realtà più o meno traumatica che si trova a vivere con i propri genitori. Può agire in *compiacenza* con i messaggi che i genitori gli rimandano, comportandosi come ritiene (o come gli è stato espressamente detto) di doversi comportare; può *ribellarsi* a questi stessi messaggi (con non pochi sensi di colpa, vista l'autorità assoluta che questi messaggi rivestono e il bisogno che il piccolo ha che i suoi genitori siano presenti e che stiano bene); può *identificarsi* con gli atteggiamenti e i comportamenti dei caregiver, e farli propri, per non allontanarsi da loro, dai

loro valori e dai loro insegnamenti; o può comportarsi nel modo esattamente opposto al loro (*contro-identificazione*).

Seguendo questa concettualizzazione, allora, la Control-Mastery Theory ritiene che le persone, quando interagiscono con gli altri (e nella relazione terapeutica più che mai) possono tentare di mettere alla prova le proprie credenze patogene (o, per dirla in altri termini, *il livello di sicurezza della relazione che stanno vivendo*) attraverso i test.

In particolare, il modello CMT descrive due strategie di *testing*: di *transfert*, nelle quali le persone assumono il ruolo di figlio attribuendo all'altro il ruolo di genitore; di *capovolgimento da passivo in attivo*, nelle quali assumono il ruolo opposto.

A seconda di come la persona agisce rispetto alle proprie credenze patogene, e alla strategia di *testing* d'elezione, possiamo quindi differenziare quattro diverse tipologie di test:

1) *Test di transfert per compiacenza*: in questo caso, la persona assume il ruolo di figlio e si comporta in *compiacenza* ai messaggi dei genitori; ovvero, agisce esattamente come faceva da bambino nelle interazioni tipiche con i suoi caregiver. Una persona che ritiene che i propri bisogni siano eccessivi (riprendendo l'esempio del bambino citato all'inizio del mio lavoro) può testare via *transfert* per compiacenza inibendo l'espressione di quei bisogni stessi, sperando però che gli altri le rimandino che non è necessario "fare sempre tutto da solo", perché i suoi bisogni sono validi e loro hanno la volontà e la capacità di supportarla.

2) *Test di transfert per ribellione*: in questo tipo di test, la persona si comporta in modo *opposto* rispetto a come "detterebbero" le sue credenze patogene, sperando di non incorrere negli stessi traumi subiti nel passato e

paventati dalle sue credenze patogene. Seguendo l'esempio di sopra, una persona con la credenza che i propri bisogni appesantiscano gli altri può metterla alla prova per mezzo di un test di transfert per ribellione comportandosi in modo estremamente esigente e richiedente, sperando di non essere allontanata dagli altri o di non ferirli per questo. Il problema con i test di transfert per ribellione è che, in virtù del fatto che si sta contravvenendo agli antichi messaggi dei genitori, rivestiti di autorità assoluta, i comportamenti di ribellione sono spesso vissuti con un *sensu di colpa tale* da portare a una sorta di condotta autopunitiva; vale a dire, la persona del nostro esempio potrebbe essere *talmente* esigente nei confronti degli altri da portare inevitabilmente a un allontanamento da parte loro, il che non farà altro che confermare la sua credenza patogena.

3) *Test di transfert da passivo in attivo per compiacenza*: con test di questo tipo, come già detto, l'individuo assume il ruolo genitoriale e affida all'altro quello filiale. In questo caso, agendo in compiacenza alle proprie credenze patogene, si comporta come i genitori si erano in passato comportati con lui, nella speranza che le altre persone non ne rimangano traumatizzate o sconvolte, e che gli insegnino, tramite le loro reazioni, un modo più positivo (più *adattivo*) di rispondere. La persona del nostro esempio potrebbe far sentire l'altro molto in difetto per qualsiasi manifestazione di bisogno di aiuto, sperando che questi non ne rimanga turbato così da farle riconoscere che è legittimo, a volte, appoggiarsi agli altri, senza il timore di sopraffarli per questo.

4) *Test di transfert da passivo in attivo per ribellione*: quando un individuo testa assumendo il ruolo genitoriale, ma per ribellione, mette in atto un meccanismo di *contro-identificazione*; si comporta, cioè, nel modo opposto rispetto a quello dei genitori, sperando che gli altri lo apprezzino e ne traggano

beneficio, così da confermarci che era *sano* desiderare certi tipi di atteggiamenti e comportamenti da parte dei propri caregiver, di modo che le sue credenze patogene possano “allentare un po’ la presa” su di lui. In pratica, è come se la persona mostrasse ciò che avrebbe voluto ricevere nell’infanzia. La persona dell’esempio potrebbe essere molto attenta ai bisogni e alle emozioni altrui, sperando che questo faccia piacere e sia di aiuto.

Ci sono poi casi in cui la persona non testa direttamente, tramite agiti, ma *osserva* l’altro (per esempio, il terapeuta), il suo atteggiamento complessivo, le sue comunicazioni verbali e non verbali, il modo di fare, e i comportamenti espliciti, sperando che questi disconfermino le proprie credenze patogene. Tali test vengono definiti *osservativi*.

Quanto detto finora permette di comprendere perché, a mio parere, la Control-Mastery Theory mostri la sua natura innovativa proprio con il concetto di test. La chiave di lettura che ci offre è infatti diversa dai quelle dei tanti altri modelli che hanno da sempre interpretato comportamenti disadattivi, autopunitivi, “difficili”, come *resistenze* o, più in generale, che hanno concettualizzato quelli che in questo modello sono letti come “test” come fenomeni di transfert, coazione a ripetere, esteriorizzazione, identificazione proiettiva, o “enactment”, in generale cioè agiti in cui semplicemente vengono riproposte in terapia esperienze relazionali del passato. L’idea della CMT, invece, è che non solo *le persone vogliano sempre, e fondamentalmente, stare bene*, ma abbiano anche un *piano*, pur se largamente inconscio, per riuscirci. Nelle teorizzazioni sopra menzionate, i comportamenti che in questo modello verrebbero definiti di *test* non avevano uno scopo adattivo, e dunque si poteva interpretarli e magari frustrarne i bisogni infantili e inconsci sottesi, così da aiutare il paziente ad adattarsi alla realtà, rimanendo fondamentalmente

neutrali.

Cambiando la chiave di lettura, cambia anche ciò che un terapeuta dovrebbe fare per aiutare i pazienti a stare meglio. Se si parte dal presupposto che le persone abbiano sempre come scopo ultimo l'adattamento alla realtà, e non la fissazione a oggetti o mete pulsionali antichi o il bisogno di ripetere semplicemente esperienze del passato, che vogliono stare meglio e che *sappiano* anche come fare, necessitando solo un sufficiente livello di sicurezza che garantisca loro che perseguendo obiettivi sani *non* andranno incontro alle situazioni che temono (traumatiche), allora non c'è nulla di terapeutico o antiterapeutico di per sé: non una tecnica, non un atteggiamento. È terapeutico tutto ciò che aiuta al paziente a sentirsi abbastanza al sicuro da disconfermare le sue credenze patogene così da poter seguire il suo piano. E, da questo punto di vista, nulla risulta più utile che passare i test che il paziente farà.

A questo punto, il discorso si complica. Proprio perché le credenze patogene hanno carattere fortemente idiosincratico, anche il *modo* in cui il paziente testerà e dunque il tipo di risposta e di esperienza di cui avrà bisogno per sentirsi al sicuro sarà fortemente caso-specifico, e sarà influenzato anche dalle vicissitudini della vita e dalle peculiarità della relazione in cui ha luogo. Questo può spaventare, o, in alternativa, rendere scettici sull'utilità pratica di questa concettualizzazione teorica. Se infatti, potenzialmente, ogni tipo di comportamento di un paziente può essere un test, verrebbe da chiedersi come distinguere effettivamente cosa è un test da cosa non lo è, e come capire la risposta appropriata da fornire volta per volta.

Va sottolineato, infatti, che *uno stesso test può servire a disconfermare più credenze patogene diverse nello stesso momento, o che uno stesso atteggiamento o comportamento sia un test di transfert per una certa credenza patogena e un test di capovolgimento da*

passivo in attivo per un'altra (per esempio, chiedere una seduta supplementare può essere sia un test di transfert per ribellione della credenza per cui non si merita aiuto, sia un test da capovolgimento da passivo in attivo per compiacenza della credenza per cui ci si deve occupare sempre dei bisogni degli altri trascurando i propri). Può capitare inoltre che *una singola credenza patogena possa essere testata dallo stesso paziente in modi diversi a seconda del momento* (in quale fase della vita si trova, a che punto è il percorso terapeutico, e non mancano i casi in cui un paziente cambia strategia di *testing* anche *durante un'unica seduta*), e che con *comportamenti identici il paziente metta alla prova, nel tempo, credenze patogene diverse*. In alcuni di questi casi, allora, per passare un test si può rischiare di fallirne un altro, motivo per cui l'importante è capire *la credenza più centrale in quel momento* e per quel paziente, così da disconfermare quella (e, in generale, prediligere sempre la dimensione di transfert a quella da passivo in attivo, giacché è in quella che il paziente, assumendo il ruolo filiale, è più vulnerabile e più esposto alla ri-traumatizzazione). E bisognerebbe sempre, in ogni momento, aver chiaro quale sia la credenza patogena più importante su cui il paziente sta lavorando e avere un'idea di massima su come superare tutti i tipi di test che potrebbero essere messi in atto per mettere alla prova le credenze patogene che un paziente ha.

In generale, allora, guida fondamentale è la *formulazione del piano del paziente*. Vale a dire, se si riescono a delineare gli *obiettivi* sani del paziente, più o meno consci, *gli ostacoli che si frappongono al loro perseguimento* (credenze patogene), i *traumi* che hanno generato gli ostacoli suddetti, in che *modo* il paziente può tentare di disconfermare proprio quelle credenze che lo ostacolano (ovvero, quali possibili *test* metterà in atto), e quali *insight* potrebbero essergli utili a comprendere meglio tutte queste variabili e così aiutarlo nel perseguimento dei

suoi obiettivi, si saprà sempre come muoversi. Moltissime ricerche empiriche sulla Control-Mastery Theory hanno dimostrato infatti che non solo, con un'adeguata formazione, è possibile formulare il piano di un paziente in modo affidabile già dalle primissime sedute (vedi per esempio Curtis e Silberschatz, 2007), ma che *gli interventi che si attenevano a questo stesso piano erano i maggiori predittori del progresso e dell'esito positivo di una psicoterapia* (vedi per esempio Horowitz e collaboratori, 1975; Silberschatz, 1986; Caston, Goldman, McClure, 1986; Silberschatz e Curtis, 1993; Silberschatz, 2017). Questo confermerebbe, ancora una volta, che le persone sanno bene di cosa hanno bisogno per stare meglio, e se ciò viene loro fornito, migliorano davvero, perché è questo, in ultima analisi, il loro scopo. E ciò che distingueva interventi così detti "pro-plan" da altri "anti-plan" era precisamente il fatto che il terapeuta passasse o meno i test dei pazienti.

Una corretta formulazione del piano del paziente può quindi innanzitutto aiutare a delineare e a ipotizzare in che modo il paziente metterà alla prova le sue credenze patogene nella relazione terapeutica. Nella sezione dedicata, infatti, è consigliabile inserire *tutte le tipologie possibili di test* (quelle menzionate sopra), così da avere una guida il più possibile completa non solo dei comportamenti che con elevata probabilità il paziente, a un certo punto, metterà in atto, ma anche del modo migliore per farvi fronte (e quindi quale sarà l'atteggiamento complessivo da tenere e la risposta migliore da dare con quel paziente e per ogni particolare strategia di *testing* che egli potrà adottare). Al di là della formulazione del piano, poi, ci sono degli spunti utili per capire se effettivamente il paziente ci sta sottoponendo a un test. Tenendo sempre a mente che i test sono i modi in cui la persona mette alla prova le proprie credenze patogene, infatti, generalmente possiamo ipotizzare che sia in atto un

test nel momento in cui il paziente si sta comportando in un modo che *ci spinge ad agire*, o che sia *più autodistruttivo del solito, esagerato*, o quando *ci suscita emozioni molto forti* (Weiss, 1993). Le emozioni che un paziente suscita in noi sono un criterio guida che merita una particolare attenzione. Nei test di transfert, per esempio, il ruolo che ci viene attribuito è quello di genitori, per cui è possibile che nei test di quel tipo il paziente cercherà di compiacerci o ci sfidi, ma sempre da una prospettiva in cui è chiaro che ci riveste di autorità. Nei test da capovolgimento da passivo in attivo, invece, a noi tocca il ruolo di figlio: potremo sentirci fortemente svalutati, o spaventati, colpevoli, francamente impotenti o comunque “infantilizzati”. Non sono sentimenti facili con cui avere a che fare, e in questo senso insisto nel dire che il concetto di test offre veramente una chiave di lettura nuova e importante. Se qualcuno cerca di farmi sentire nel modo descritto sopra, infatti, tendenzialmente tenderò a stare male, a fare di tutto per difendermi, e a prendermela con chi mi suscita emozioni così negative. Ma se ho in mente che, in quel modo, la persona sta soltanto tentando di comunicare implicitamente “*ora capisci come mi sono sentita per tutta la vita?*”, posso restare lucida abbastanza da empatizzare, non rimanere travolta dalle mie emozioni, e aiutare la persona ad avere finalmente un’esperienza diversa che possa aiutarla verso un percorso per stare meglio.

Non a caso, infatti, Marshall Bush specificò in una sua comunicazione (aprile 2015) come un altro criterio utile a comprendere se un paziente ci sta sottoponendo a un test sia questo: siamo molto probabilmente in presenza di un test se c’è qualcosa che possiamo fare affinché, in quella circostanza, il paziente si senta al sicuro e migliori.

Questa precisazione merita a mio parere un ulteriore approfondimento. Tendenzialmente, possiamo pensare di aver passato un test nel momento in cui

il paziente, a seguito della nostra risposta, appare più rilassato, più coinvolto nel lavoro terapeutico, e più in grado di ricordare ed elaborare materiale precedentemente rimosso (idea supportata anche dalle ricerche empiriche – vedi per esempio gli studi citati sopra). Ma è vero anche che, specie nei casi in cui le esperienze traumatiche sono state importanti e pervasive, non basterà aver passato dei test per ottenere risultati come quelli appena menzionati. Spesso, invece, potrà accadere che più il paziente inizierà a sentirsi al sicuro grazie ai nostri test superati, più sentirà il bisogno di avere conferma che *davvero* con noi è al sicuro. E quindi testerà di più e in modo più intenso. Sarà comunque possibile, anche in quei casi, rendersi conto che il paziente sta effettivamente migliorando perché porterà in seduta materiale che permetterà di comprendere come, nonostante il suo comportamento con noi, “fuori” le cose gli vadano meglio (ha meno sintomi, le sue relazioni aumentano o funzionano di più, ecc.). Situazioni di questo tipo possono essere estenuanti per un terapeuta, ma se si tiene a mente che il primo e unico interesse è il benessere del paziente, e che si è sulla strada giusta, diviene possibile superarle in modo efficace. Da questo punto di vista, considerare le persone, anche quelle “impossibili”, come persone che davvero, a modo loro, cercano e vogliono solo stare meglio, può diventare di enorme aiuto.

Nonostante le migliori intenzioni, però, *a volte i test non verranno superati*. Ciò sarà possibile capirlo dall’atteggiamento del paziente: potrebbe chiudersi, agitarsi, ammutolirsi, investire di meno nel lavoro terapeutico, cambiare argomento e finanche portare la terapia a un vero e proprio stallo o abbandonarla (Weiss, 1993). Va precisato però che questi ultimi due esiti possono verificarsi in caso di test *ripetutamente* falliti o nel caso in cui il terapeuta fallisca un test “chiave”. Più spesso, se comunque si sta facendo un

buon lavoro con quel paziente, tale per cui egli percepisce che il nostro obiettivo è quello di aiutarlo a seguire il suo *piano* (cosa che abbiamo potuto comunicargli sia implicitamente, con il nostro atteggiamento complessivo, sia in modo più evidente superando i suoi test precedenti), un test fallito non sarà un problema. Starà poi al terapeuta, caso per caso, decidere se comunicarlo esplicitamente al paziente, non appena se ne sarà reso conto, oppure attendere un nuovo test e superarlo. Quest'ultima frase sottolinea l'importanza di un approccio caso-specifico e la natura intersoggettiva dell'esperienza di *testing*. Ogni persona, infatti, avrà le proprie strategie di *testing* preferite per mettere alla prova le proprie credenze patogene, a seconda anche di altre variabili di personalità e temperamentali, ma proprio nell'ottica in cui le persone vogliono stare meglio e hanno un piano per farlo che perseguono anche inconsciamente, giacché l'inconscio è in grado di svolgere tutte le funzioni normalmente attribuite al pensiero cosciente (*ipotesi del funzionamento mentale superiore*, Silberschatz, Sampson, Weiss, 1986), l'idea della Control-Mastery Theory è che *i pazienti saranno in grado di adattare parzialmente le loro strategie di testing in base al terapeuta, di istruirlo in modo più o meno implicito, quand'egli sembrerà andare troppo "fuori strada" (coaching) o per confermarli che sta facendo bene, sul modo migliore per passare i loro test, e di decidere persino di proporre solo quei tipi di test che il terapeuta ha dimostrato di saper superare* (Bugas & Silberschatz, 2000; Curtis, Silberschatz, Sampson, & Weiss, 1994; O'Connor, Edelstein, Berry, & Weiss, 1994). Ogni terapeuta, infatti, sarà più o meno in grado di superare determinati tipi di test anche in base alle proprie personali idiosincrasie.

Non si potrà essere sempre efficaci allo stesso modo con tutti i pazienti, ed è quindi necessario che il clinico sia molto onesto *in primis* con se stesso per capire

fino a dove è disposto (o è in grado) a spingersi per dare a quel paziente quello di cui avrebbe bisogno.

A questo punto, devo fare la premessa doverosa di *non* essere ancora una terapeuta. Tuttavia, apprendere il concetto di *testing* mi ha aiutato a vedere in una luce differente anche molti dei comportamenti delle persone a me più care e più vicine. Anche per questo ritengo fermamente che possa avere grande utilità.

Penso per esempio a una mia cara amica, Ambra. Ha vissuto l'adolescenza praticamente da sola poiché i genitori si sono separati quando era piccola, la madre è andata a vivere con il nuovo compagno e il padre, pur se affettuoso, era spesso assente in quanto anziano e molto malato. In qualche modo, andando a vivere altrove, la madre ha passato negli anni ad Ambra l'idea che si dovesse prendere cura di sé da sola, il che ha portato la mia amica a sviluppare la convinzione per la quale i suoi bisogni sono un peso per gli altri. La malattia del padre, a cui ha seguito la morte qualche anno dopo, l'ha poi portata a convincersi che tutti gli uomini l'avrebbero abbandonata. Abbiamo quindi un insieme di traumi da shock e da stress e tre possibili credenze patogene: "i miei bisogni sono eccessivi e finiranno per appesantire gli altri", "gli uomini non sono abbastanza forti per restare con me: se mi affeziono, mi abbandoneranno", "se non mi prendo cura degli altri, questi ultimi ne soffriranno molto". Queste credenze patogene sono state alimentate poi da una serie di relazioni sentimentali con ragazzi e uomini all'inizio molto premurosi con lei, ma anche piuttosto "infantili", dei quali lei finiva sempre per prendersi cura (emotivamente e a livello pratico), senza che quasi mai si verificasse il contrario.

Ora, dopo un'ultima relazione finita per lo stesso motivo, Ambra ha conosciuto

un ragazzo a cui si è rapidamente affezionata. A differenza dei suoi ex, questo ragazzo appare molto autonomo e indipendente, molto interessato a lei ma in grado di lasciarle i suoi spazi, e desideroso di darle attenzioni e premure senza richiedere in cambio lo stesso. Quello che sta capitando in concomitanza è che spesso Ambra ha crisi di ansia in cui lo travolge: voleva organizzare un'uscita con lui portandolo in un posto speciale, e rendendosi conto che il giorno prima ancora non aveva deciso dove portarlo, se l'è presa con lui perché non aveva dato alcun contributo e quindi aveva dovuto organizzare tutto da sola, con la paura che i posti da lei scelti non gli sarebbero piaciuti. Un'altra volta, ha avuto un ritardo con le mestruazioni, ne ha parlato con lui, e quando lui ha cercato di rassicurarla ricordandole che avevano sempre usato tutte le precauzioni, lei ha avuto una crisi di pianto e lo ha cacciato da casa sua (dove erano in quel momento). La mia idea è che questi siano tutti *test di rifiuto*: poiché è convinta che affezionarsi a qualcuno porterà inevitabilmente a doversi occupare di lui (come successe per il padre malato), a non poter chiedere che ci si occupi di lei (come successe con la madre che andò a vivere da un'altra parte), e a un inevitabile abbandono nonostante i suoi sforzi (come è successo con il padre, morto, e con i suoi ex), si comporta in modo paradossale ed esplosivo, *spingendo* questo ragazzo a rifiutarla, *nella speranza inconscia che lui resti*. Cosa che finora sta facendo, per cui se ho ragione, il ragazzo sta superando i suoi test. Ne abbiamo parlato più volte, e Ambra sembra essere molto consapevole di questo tipo di dinamiche, per cui sta lavorando su di sé per cercare di contenerle e fare in modo che non rovinino questa nuova relazione, a cui tiene davvero molto (ci siamo proprio dette, scherzando, "basta testare questi poveracci, non devono scontare tutto quello che ci è successo prima!"). Quest'ultima cosa, a mio parere, mostra ancora una volta come l'obiettivo di ognuno in realtà sia quello di

superare esperienze negative (traumatiche) precedenti, non di limitarsi a ripeterle per un qualche impulso distruttivo.

Un'altra mia amica, Serena, ha da sempre un rapporto molto "conflittuale" con se stessa. È a dieta da quando la conosco, ma sono diete poco sane, che la spingono a digiunare o comunque a mangiare pochissimo e ad allenarsi molto in palestra. È iscritta all'università, a un percorso che le piace molto, però ha sempre lavorato nel mentre (anche se ciò non era giustificato dalla necessità stretta di dare un contributo economico in famiglia per potersi permettere di studiare), con il risultato di andare fuori corso e di non avere una media molto alta. La sua prima relazione importante è stata con un ragazzo di cui lei era innamoratissima, che però l'ha sempre tenuta a distanza. Per esempio, in anni di relazione non ha mai voluto organizzare una vacanza con lei, e quando andavano insieme in università fingeva di non conoscerla. Negli anni, poi, è capitato più volte che lui la lasciasse improvvisamente, con enorme dolore per Serena, che non era capace di lasciarlo andare e rifarsi una vita senza di lui, e continuava a cercarlo continuamente. Ora che si sono lasciati definitivamente da un po', lei ha iniziato ad avere solo relazioni sessuali occasionali con persone conosciute anche da poco, senza usare precauzioni, fino a iniziare una relazione con un collega di lavoro più grande e fidanzato da anni con un'altra donna. Va premesso che Serena ha perso la madre quando era piccola, in modo improvviso. Questo trauma da shock ha avuto enormi ripercussioni anche sul padre, che per quanto molto affezionato ai figli (oltre a Serena, un figlio maschio più piccolo), non è riuscito a occuparsi di loro più di tanto. Il ruolo "materno" è stato assunto dalla mia amica, che fin da piccola cucinava per il padre e il fratello e badava alla casa. La mia ipotesi, allora, è che lei soffra più di quanto crede questa sorta di "presenza assenza" del padre, e che i suoi siano

test di protezione. Il padre, infatti, l'ha sempre "lasciata fare": non le ha mai detto più esplicitamente che poteva non lavorare per qualche mese se questo la stressava troppo, non l'ha mai aiutata a smettere con le sue diete, e non l'ha mai confrontata in merito alle persone con cui usciva. La sua speranza inconscia, nel mettere in atto comportamenti auto-distruttivi, è che a un certo punto qualcuno (il padre, prima di tutti) non solo le dica di smettere, ma faccia effettivamente qualcosa che le confermi che lei ha diritto a essere protetta come tutti. L'ultima volta che l'ho vista, mi continuava a parlare di voler rivedere il collega fidanzato, nonostante tutta la situazione (ulteriormente aggravata dal fatto che questo collega ha avuto forti crisi di gelosia, molto esplosive, una volta che ha visto Serena con un amico, e che sembra fortemente instabile). A un certo punto mi sono sentita di dirle che sembrava che lei stesse continuando a vedersi con lui perché incapace di proteggersi, e che finché avesse continuato a mettersi in pericolo, io non avrei avuto nulla da dirle, ma speravo tanto che avrebbe smesso e avrebbe iniziato a prendersi cura di sé perché lo meritava, e che in questo senso su di me avrebbe sempre potuto contare. E spero che abbia aiutato.

Lucia, con la quale sono cresciuta, ha sempre avuto un rapporto molto difficile con i genitori. La madre, infatti, l'ha sempre responsabilizzata molto fin da piccolina, imponendole di non mangiare schifezze per non ingrassare, di fare sport, di andare bene a scuola, di pulirsi la camera da sola e di mettersi i soldi da parte se voleva comprarsi qualcosa. Non sono mancate le volte in cui la madre le faceva notare che quello che faceva o come lo faceva non andava bene, sia con manifestazioni di scherno sia con accese discussioni. Quando Lucia ha perso il lavoro, nonostante ci siano voluti veramente pochi mesi per trovarne uno nuovo, i genitori (la madre in particolare) hanno subito iniziato a dirle che

non stavano più dormendo la notte per la preoccupazione economica, pensando cioè a come avrebbero fatto a mantenere anche lei che era senza lavoro (nonostante, in realtà, sono anni che Lucia si mantiene da sola). La mia idea è che Lucia si senta fortemente svalutata dalla madre, e che abbia sviluppato la credenza patogena di non essere abbastanza per gli altri, che se non è sempre perfetta gli altri non vorranno avere a che fare con lei, e che non può pretendere troppe premure perché non le merita (sospetto quindi anche un senso di colpa da odio di sé, oltre che da *burdening*). Quello che ho iniziato a notare è che spesso Lucia si comporta con me in modo molto simile a come si comporta la madre con lei. Per esempio, se abbiamo un appuntamento e faccio ritardo di qualche minuto (una mia brutta abitudine, lo confesso), rimarca sempre come su di me non si possa fare affidamento; se stiamo discutendo di qualcosa, e io mostro di avere un'opinione diversa dalla sua, inizia ad arrabbiarsi molto fino a dire che "non capisco un cazzo"; se mostro interesse per qualcosa che a lei non piace, mi dice cose tipo: "ma è orribile, ma come è possibile che ti piaccia? Dai è assurdo". Questi comportamenti hanno luogo veramente spesso, e hanno sempre suscitato in me sensazioni molto forti e negative: mi sento sbagliata, non abbastanza, o che la mia opinione e i miei gusti non hanno valore. Per cui, ho sempre reagito in modo altrettanto forte, il che ha portato spesso a litigate molto accese e dolorose. Da quanto mi sono avvicinata alla CMT, però, ho iniziato a vederla diversamente, e a pensare che quando si comporta in questo modo, probabilmente sta solo cercando di rimandarmi come si è sentita dopo aver avuto a che fare con sua mamma (spesso infatti queste situazioni capitano o dopo una litigata tra di loro, o quando io e lei siamo in un periodo molto sereno - tornando al discorso che quando la relazione inizia a essere percepita come sicura, alcune persone tendono ad aver bisogno di fare test più forti - o

quando io sono in un periodo particolarmente felice della mia vita - e questo, secondo me, le fa temere che la abbandonerò). Ho allora iniziato a cercare di pensare due volte prima di reagire, a mostrarmi tranquilla davanti ai suoi tentativi di scherno o biasimo (magari anche ridendoci su, o comunque ridimensionandoli), e a rimanere ferma sulle mie opinioni senza però prevaricarla o facendola sentire in errore per avere idee diverse dalle mie. E mi sono accorta che facendo così le interazioni con lei sono migliorate moltissimo. Probabilmente i suoi sono allora *test da capovolgimento da passivo in attivo per compiacenza* della credenza patogena per cui lei è sbagliata e inadeguata, e mostrandole che è possibile non rimanere travolti da comunicazioni di questo tipo, senza che il rapporto debba interrompersi o comprometersi, io ho passato (alcuni dei) i suoi test.

Un ultimo esempio. Una mia amica, Patrizia, nonostante sia molto intelligente e brillante, e dotata di tanti talenti, ha pochi amici, non ha mai avuto una relazione sentimentale, e in generale tende a uscire poco di casa e a stare molto per conto suo. Il padre è sempre stato assente, sebbene i genitori non siano divorziati, e la madre è una persona estremamente ansiosa. Se Patrizia ha un brufolo, o se non si depila, la madre non dorme la notte pensando a come sia possibile che lei non soffra per il fatto di non curare il suo aspetto estetico e alle ripercussioni con i ragazzi che questo le comporterà, e le dice apertamente di soffrire molto per questo. Se Patrizia è sotto esame, la madre la coinvolge in tutta una serie di attività da fare insieme (preparare una specifica ricetta, tagliarle i capelli, fare commissioni), per poi prendersela moltissimo se Patrizia non riesce ad accontentarla per dedicarsi allo studio, con il risultato che poi la mia amica non riesce effettivamente a studiare perché presa da forti attacchi di ansia, finendo per discutere con la madre ancora di più perché “alla fine non ha

combinato comunque niente". Ogni volta che mi racconta di queste discussioni con la madre, specifica come si senta in colpa nei suoi confronti e sia dispiaciuta all'idea di causarle tanto dolore. Al che io intervengo sempre cercando di spostare il *focus* su di lei, su come abbia tutto il diritto di dedicarsi a quello che preferisce, e su come non ci sia nulla di sbagliato o "cattivo" in questo. E che in ogni caso ogni tanto non riuscire a studiare è più che normale. E ogni volta, Patrizia si rilassa e parla meno di sua madre e più di come si sente lei. Recentemente, mi ha scritto chiedendomi di poterla aiutare a "razionalizzare qualcosa pur se sapeva da sola essere una cazzata". Io però ero appena tornata dal lavoro e mi aspettava molto altro lavoro da casa. Il mio primo istinto è stato risponderle subito per cercare di capire come conciliare tutto quello che dovevo fare, ma poi mi sono detta che forse non era quello che *davvero* le serviva. Le ho dunque risposto che quel giorno non potevo proprio, che mi dispiaceva in ogni caso che stesse passando un brutto momento, che ero sicura che se lei per prima la definiva "una cazzata" sarebbe stata in grado di razionalizzarla da sola perché avevo fiducia in lei, e che l'avrei richiamata appena avrei avuto più tempo perché ero davvero interessata a sapere come stava. In questo modo volevo cercare di disconfermarle una serie di credenze patogene che sospetto lei abbia (*non serve sempre dedicarsi completamente a chi ha bisogno di noi se in quel momento non possiamo, mi dispiace per la tua difficoltà perché la tua sofferenza per me ha un valore, ho piena fiducia nelle tue capacità perché non sei meno capace di me né di nessun altro*) e che stava testando con una strategia mista di *transfert per compiacenza* (manifestando di aver bisogno di aiuto in quanto incapace di risolvere da sola i suoi problemi, sperando che le rimandassi che non era così) e di *capovolgimento da passivo in attivo* (facendomi una richiesta simile a quella che la madre fa a lei, sperando che le mostrassi come ci si può "svincolare" da

questo tipo di situazioni senza sentirsi in colpa). Ci siamo sentite il giorno dopo, mi ha raccontato di come aveva risolto il suo problema, e mi ha ringraziato.

Quelle che ho esposto sono ovviamente mie ipotesi su persone che non solo non sono mie pazienti, ma con le quali sono anche estremamente coinvolta. Non ho dunque la presunzione né di aver capito tutto ciò che le riguarda e né di essere in grado di risolvere tutti i loro problemi (anche perché, sensi di colpa a parte, so che non è in ogni caso il mio ruolo, a maggior ragione con le mie amiche). Semplicemente, conoscere un modello che vede comportamenti autodistruttivi, paradossali, in grado di suscitare forti emozioni negative, come *modi per stare meglio ricercando esperienze nuove e più positive*, mi ha permesso di iniziare a vedere le persone (e quelle con cui ho rapporti più stretti *in primis*) in una luce diversa, e di cambiare (o almeno provare a farlo) il mio modo di vivere certe comunicazioni e di reagirvi. E quello che ho notato è che sembra aver portato benefici nei miei rapporti e nel mio personale modo di vedermi e di vedere gli altri, il che non può far altro che convincermi della potenziale utilità di questo concetto prima, e del modello CMT in generale poi, che voglio continuare ad apprendere, studiare, e un giorno fare mio con pazienti veri e propri.

Bibliografia

Ambady, N., & Rosenthal, R. (1992). Thin slices of expressive behavior as predictors of interpersonal consequences: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 111(2), pp.256–274.

Bargh, J. A. (2017). *Before you know it: The unconscious reasons we do what we do*. New York, NY: Touchstone.

Beebe, B., & Lachmann, F. (2002). *Infant research and adult treatment: Co-constructing interactions*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

Beebe, B., & Lachmann, F. (2013). *The origins of attachment: Infant research and adult treatment*. New York, NY: Routledge Press.

Bugas, J., Silberschatz, G. (2000). *How patients coach their therapists in psychotherapy*. *Psychotherapy*, 37, 1, pp. 64-69.

Caston, J., Goldman, R. K., & McClure, M. M. (1986). The immediate effects of psychoanalytic interventions. In J. Weiss, H. Sampson, & The Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research* (pp. 277–298). New York, NY: Guilford Press.

Chaiken, S., & Trope, Y. (1999). *Dual-process theories in social psychology*. New York, NY: Guilford Press.

Curtis, J. T., Silberschatz, G., Sampson, H., & Weiss, J. (1994). *The plan formulation method*. *Psychotherapy Research*, 4, pp. 197–207.

Curtis, J. T., & Silberschatz, G. (2007). Plan formulation method. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of psychotherapy case formulation* (2nd ed., pp. 198–220). New York, NY: Guilford Press.

Evans, J. S. B. (2008). Dual-processing accounts of reasoning, judgment, and social cognition. *Annual Review of Psychology*, 59, pp. 255–278.

Freud, S. (1920), *Al di là del principio di piacere*. OSF, vol. 9.

Freud, S. (1925), *Inibizione, sintomo e angoscia*. OSF, vol. 10.

Freud, S. (1938), *Compendio di psicoanalisi*. OSF, vol. 11.

Gawronski, B., Sherman, J. W., & Trope, Y. (2014). Two of what? A conceptual analysis of dual process theories. In J. W. Sherman, B. Gawronski, & Y. Trope (Eds.), *Dual-process theories of the social mind* (pp. 3–19). New York, NY: Guilford Press.

Gazzillo, F. (2016). *Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla Control-Mastery Theory*. Raffaello Cortina, Milano.

Gazzillo, F. (2018). *Breve introduzione alla Control-Mastery Theory*. Rome, Italy: CMT-IG edition

Gazzillo, F., Genova, F., Fedeli, F., Dazzi, N., Bush, M., Curtis, J. T., & Silberschatz, G. (2019). Patients unconscious testing activity in psychotherapy: A theoretical and empirical overview. *Psychoanalytic Psychology*, 36(2), pp. 173–183 <https://doi.org/10.1037/pap0000227>

Gopnik, A., Meltzoff, A. N., & Kuhl, P. K. (1999). *The scientist in the crib: Minds, brains, and how children learn*. New York, NY: Morrow.

Horowitz, L. M., Sampson, H., Siegelman, E. Y., Wolfson, A. W., & Weiss, J. (1975). On the identification of warded-off mental contents. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, pp. 545-558.

Murray L. (2014). *The psychology of babies: how relationships support development from birth to two*. London, England: Constable & Robinson.

O'Connor, L. E., Edelstein, S., Berry, J., Weiss, J. (1994). The pattern of insight in brief psychotherapy: two pilot studies. *Psychotherapy*, 31, pp. 51-74.

Shiffrin, R. M., & Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending and a general theory. *Psychological Review*, 84(2), 127.

Silberschatz, G. (1986). Testing pathogenic beliefs. In J. Weiss, H. Sampson, & The Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research* (pp. 256–266). New York, NY: Guilford Press

Silberschatz, G. (2005). *Transformative relationships: The control-mastery theory of psychotherapy*. New York, NY: Routledge.

Silberschatz, G. (2017). Improving the yield of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 27, pp. 1-13.

Silberschatz, G., & Curtis, J. T. (1993). Measuring the therapist's impact on the patient's therapeutic progress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, pp. 403–41.

Silberschatz, G., Sampson, H., & Weiss, J. (1986). Testing pathogenic beliefs versus seeking transference gratifications. In J. Weiss, H. Sampson, & The Mount Zion Psychotherapy Research Group (Eds.), *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research* (pp. 267–276). New York, NY: Guilford Press.

Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York, NY: Basic Books.

Weiss, J. (1993), *Come funziona la psicoterapia*. Tr. it. Bollati Boringhieri, Torino 1999.