

## ***La relazione terapeutica nella terapia metacognitiva interpersonale***



Giampaolo Salvatore\*, Paolo Ottavi\*\*,  
Raffaele Popolo\*, Giancarlo Dimaggio\*

*[Ricevuto il 7 settembre 2019  
Accettato il 29 novembre 2019]*

### **Riassunto**

La ricerca empirica mostra un'associazione stretta tra buon funzionamento della relazione terapeutica e buon esito del trattamento. L'attenzione alla relazione terapeutica è uno dei fulcri della terapia metacognitiva interpersonale (TMI). In questo articolo, dopo aver sintetizzato gli aspetti fondamentali del modello, descriveremo come in TMI il lavoro sulla relazione si intrecci con l'utilizzo di tecniche esperienziali quali immaginazione guidata e role playing, finalizzate a promuovere nel paziente la comprensione del suo mondo interno e il cambiamento clinico. Forniremo una serie di esemplificazioni cliniche al fine di descrivere come la relazione sia nel contempo: 1) strumento per favorire l'accesso ai contenuti psicologici rilevanti; 2) strumento per favorire un'esperienza emozionale correttiva; per esempio, in molti casi l'utilizzo di una tecnica esperienziale mette il paziente in condizione di contattare parti di sé libere dalla patologia, e di sperimentare la relazione terapeutica come fonte di speranza e sostegno all'autonomia; 3) oggetto di intervento in caso di rotture della relazione, anche nei casi in cui tali rotture sono la conseguenza dell'utilizzo di tecniche esperienziali.

Nel complesso, mostreremo come il processo terapeutico in TMI sia mosso dalla capacità del terapeuta di muoversi agilmente tra l'utilizzo di tecniche volte a esplorazione e cambiamento, e focus sulla relazione.

*Parole chiave:* relazione terapeutica, metacognizione, tecniche esperienziali.

\* Psichiatra psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale di Roma, Piazza Dei Martiri Di Belfiore, 4, 00195 Roma RM.

\*\* Psicologo, psicoterapeuta, Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale di Roma, Piazza Dei Martiri Di Belfiore, 4, 00195 Roma RM. e-mail: [centrotmiroma@virgilio.it](mailto:centrotmiroma@virgilio.it)

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSNe 2281-6046), n. 45/2019*

Giampaolo Salvatore et al.

## Abstract

### *The therapeutic relationship in Metacognitive Interpersonal Therapy*

Research shows that the therapeutic relationship and treatment outcome are related. Attention to the therapeutic relationship is one of the cornerstones of Metacognitive Interpersonal Therapy (MIT). In this paper we first summarize the core element of the approach, and then describe how the work through the therapeutic relationship is intertwined with the use of experiential techniques, such as guided imagery and rescripting and role-play, which are aimed at promoting better understanding of patients' inner world and at promoting change.

We will provide clinical examples in order to describe how the relationship at the same time is: 1) an instrument to foster access to inner states; 2) an instrument to generate corrective emotional experiences. For example, in many cases using an experiential technique makes the patients get in touch with healthy self-aspects and so they experiment how relationships sustain autonomy and hope; 3) an object of intervention in case of alliance ruptures, also when they follow the use of some experiential technique.

Overall, we will show how in MIT therapy change is fostered by the clinician's ability to move smoothly between using techniques aimed at exploration and change and a focus on the relationship.

*Key words:* therapeutic relationship, metacognition, experiential techniques.

## Premessa

La relazione terapeutica è uno dei temi più indagati nella ricerca in psicoterapia e nella pratica clinica (Flückiger *et al.*, 2012; Gelso, 2014; Horvath, 2006; Mander *et al.*, 2017). I risultati convincenti indicano un'associazione stretta tra buon funzionamento della relazione e buon esito del trattamento, a prescindere dalla specificità del modello di intervento e dalla prospettiva teorica da cui si analizza la relazione (Horvath *et al.*, 2011; Lambert e Ogles, 2004).

La relazione terapeutica è uno degli assi portanti del nostro modello di intervento, la terapia metacognitiva interpersonale (TMI), formulata per un ampio spettro di disturbi di personalità (DDP; Dimaggio *et al.*, 2007), e poi manualizzata per i DDP con aspetti prevalenti di inibizione emotiva, quali il narcisistico, l'ossessivo compulsivo, l'evitante e il dipendente (Dimaggio *et al.*, 2013; Dimaggio *et al.*, 2019), e per la schizofrenia (Salvatore *et al.*, 2017). Nella prospettiva della TMI, la relazione terapeutica consiste nell'insieme dei processi interpersonali che intercorrono tra terapeuta e paziente, sia nel contesto della "relazione reale" che si svolge nel qui e ora (vissuti di simpatia, senso di affinità, condivisione di interessi comuni, ecc.),

sia nel contesto della relazione transferale e controtransferale (Hill e Knox, 2009), in cui sia nel paziente che nel terapeuta si attivano modelli relazionali e emozioni in gran parte derivati dalle rispettive storie evolutive (Dimaggio *et al.*, 2013).

In questo articolo, dopo aver sintetizzato gli aspetti fondamentali del modello, descriveremo i modi molteplici in cui in TMI il lavoro sulla relazione si intreccia con le tecniche di esplorazione e di promozione del cambiamento clinico. Mostreremo come la relazione sia nel contempo (si veda Semerari, 2005):

- *strumento per favorire l'accesso ai contenuti psicologici rilevanti*, soprattutto quando tale accesso è fortemente ostacolato, come nel caso in cui la narrazione del paziente è intrinsecamente povera;
- *strumento per favorire un'esperienza emozionale correttiva*. La relazione terapeutica può configurarsi come un'esperienza emozionale correttiva (Alexander e French, 1946) per il paziente, nella quale le aspettative negative su come gli altri rispondono ai suoi bisogni fondamentali vengono contraddette. Un caso particolare di esperienza relazionale correttiva, su cui ci soffermeremo, si verifica, a seguito dell'esito positivo di tecniche esperienziali a elevato impatto emotivo (e.g., immaginazione guidata), che descriveremo brevemente in seguito;
- *oggetto di intervento*. Il terapeuta monitora costantemente la relazione ne fa oggetto di intervento quando occorre ripararne le rotture. Un caso particolare di rottura, su cui ci soffermeremo, è quello innescato dall'utilizzo delle suddette tecniche esperienziali.

## **Gli elementi fondamentali della TMI**

Nella TMI il lavoro sulla relazione si intreccia con l'attenzione ai seguenti domini psicopatologici: schemi interpersonali maladattivi (Dimaggio *et al.*, 2013, 2019) e disfunzioni metacognitive (Semerari *et al.*, 2007). Descriveremo sinteticamente questi domini e la procedura di intervento.

### *Schemi interpersonali maladattivi*

Uno schema interpersonale è una rappresentazione procedurale del destino a cui andranno incontro i nostri desideri nel corso delle relazioni con

Giampaolo Salvatore et al.

gli altri. Si tratta di una struttura consolidata nel tempo e derivante da innumerevoli esperienze di apprendimento, da quelle precoci a quelle più recenti delle relazioni tra pari, tra colleghi, sentimentali, che sono state generalizzate. La TMI definisce la struttura dello schema riadattando il costrutto del *Core Conflictual Relational Theme* (CCRT, Luborsky e Crits-Christoph, 1990): l'attivazione di un bisogno fondamentale (i.e., rango sociale/ricerca di apprezzamento, attaccamento, accudimento, autonomia, esplorazione, inclusione nel gruppo) è associata all'emergenza di almeno due immagini nucleari di sé (Dimaggio *et al.*, 2019). Quella patogena, fonte di sofferenza (e.g., sé non amabile), connessa con rappresentazioni negative di come gli altri risponderanno al bisogno (e.g, rifiuto); e quella positiva (e.g., sé amabile), connessa con la previsione di una risposta congrua al bisogno (e.g., accudimento). Uno schema tipico nel contesto del rango sociale potrebbe essere questo: *vorrei essere apprezzato*; l'autoimmagine dominante è *sé indegno*, quella in ombra è *sé meritevole di apprezzamento*. *Se mostro le mie qualità prevedo che sarò criticato*, ma coltivo la flebile speranza di essere apprezzato. Maggiore è la gravità della patologia, più difficile sarà accedere a immagini positive di sé e ad aspettative positive sulla risposta degli altri. Nei DDP gli schemi sono attivati con facilità, generano interpretazioni rigide e disfunzionali, impedendo visioni alternative, ed emozioni intense e disregolate come rabbia o angoscia, compromettono le relazioni. Per esempio, se un individuo ha l'aspettativa che l'altro non risponderà al suo desiderio di accudimento, potrebbe avvicinarsi con ansia, tenendo un atteggiamento chiuso, parlando a voce bassa. Questa modalità indurrà nell'altro risposte di disingaggio relazionale che facilmente confermeranno l'aspettativa negativa e rafforzeranno lo schema (Safran, Muran, 2003).

### *Disfunzioni metacognitive*

Per metacognizione si intende uno spettro di capacità che includono il riconoscere emozioni e pensieri propri e altrui, distinguere questi eventi mentali dalla realtà, integrare rappresentazioni di sé e degli altri differenti o tra loro opposte in una percezione coerente di sé. La metacognizione comprende la mastery, ossia l'abilità di riflettere sugli stati mentali propri e altrui per regolare gli stati di sofferenza emotiva e affrontare funzionalmente i problemi emergenti nei contatti sociali (Semerari *et al.*, 2003, 2007; Dimaggio e Lysaker, 2010). La TMI si pone l'obiettivo di promuovere un

progressivo miglioramento delle capacità metacognitive, con un'opportuna gerarchia di intervento. In primo luogo, si promuove nel paziente la capacità di comprendere i propri stati mentali, o autoriflessività, iniziando col favorire le operazioni più semplici, come acquisire consapevolezza delle proprie emozioni e dei nessi evento-pensiero-emozione, sino alle operazioni più complesse, come comprendere il significato dei sintomi in relazione all'immagine di sé. Solo quando il paziente avrà acquisito una buona autoriflessività, il terapeuta passerà a promuovere nel paziente la capacità di comprendere in modo più articolato la mente altrui. In parallelo con questo processo, il paziente sarà aiutato a sviluppare strategie di mastery progressivamente più sofisticate per regolare gli stati di sofferenza emotiva: si partirà da strategie basate sul lavoro sulla regolazione corporea dell'arousal, per poi favorire l'utilizzo delle capacità metacognitive via via acquisite, riflettendo sulle proprie emozioni, sui propri schemi, sul proprio modo di entrare in relazione.

#### *La procedura di intervento*

La TMI divide il trattamento in due macro-sezioni: *formulazione condivisa del funzionamento e promozione del cambiamento*. Nella formulazione il terapeuta ricostruisce gli schemi del paziente attraverso l'esplorazione di episodi narrativi emersi spontaneamente o elicitati. Nella promozione del cambiamento il terapeuta promuove: a) la capacità del paziente di differenziare tra schema e realtà e di assumere distanza critica dagli schemi; b) lo sviluppo di parti di sé adattative, prima oscurate dagli schemi; c) la capacità di compiere scelte attive nel perseguimento dei desideri e nell'affacciarsi a nuove esperienze; d) una più sofisticata comprensione della mente altrui (Dimaggio *et al.*, 2013, 2019). Su questa impalcatura la TMI incardina un ampio repertorio di tecniche immaginative, drammaturgiche e corporee. Porta i pazienti a rivivere i ricordi e progettare il futuro in immaginazione, li aiuta a mettere attivamente in scena ricordi e fantasie e ad ascoltare i segnali del corpo mentre le storie vengono nuovamente inscenate sul palco. Ispirandosi al concetto di cognizione incarnata (Clark, 1997; Pulvermüller, 2013), parte dal corpo per riscrivere il testo malsano che la vita ha inciso nel corpo. Per esempio, il paziente soffre perché si vede e si sente inetto, debole, incapace, soccombente a fronte di un altro distante, potente, sprezzante. La TMI non mira a confutare la sua credenza. Cerca invece di evocare immagini mentali in cui quel paziente ha

*Giampaolo Salvatore et al.*

un senso di sé come forte, capace, sicuro. Gli fa sperimentare quelle idee incarnate a livello corporeo, emotivo e cognitivo. Poi, una volta che le ha sperimentate, lo aiuta a tenerle nella memoria e a testarle nella pratica quotidiana di nuovi comportamenti. Grazie a questi passi progettati, sperimentati e allenati il paziente arriva a dire: “Mi rendo conto di non essere debole come pensavo e quindi posso sperimentarmi in attività che prima evitavo”. Questo è il cuore della promozione del cambiamento.

### **Relazione come strumento per favorire l’accesso ai contenuti psicologici rilevanti**

In TMI, il primo passo della formulazione condivisa del funzionamento è aiutare il paziente a identificare gli stati mentali riconoscibili nelle memorie autobiografiche (Dimaggio *et al.*, 2012; Dimaggio *et al.*, 2013). Far tornare il paziente su una scena specifica densa di significato emotivo, ed esplorare con lui quella scena, faciliterà l’accesso ai contenuti psicologici rilevanti che in quella scena hanno preso forma.

Molti pazienti con DDP non riescono a narrare la loro esperienza interna. Il clinico può incontrare grande difficoltà nel raccogliere scenari autobiografici specifici, oppure può riuscire a elicitare frammenti di racconto, ma il paziente non accede a emozioni e pensieri che in essi si declinano. Altri pazienti ricordano i fatti, ma solo astrattamente, ne sono distanti emotivamente. Spesso teorizzano sulla loro esperienza interna. Dai loro racconti le emozioni sembrano sbocciare dal nulla; domande come “Quando ha iniziato a sentirsi così triste?” ricevono risposte come “Non so, mi succede spesso di svegliarmi così, sono molto meteoropatico”.

Quelle descritte sono tutte manifestazioni di povertà narrativa (Salvatore, Nicolò e Dimaggio, 2006). Uno dei modi in cui il terapeuta TMI risponde a questa difficoltà è spostare il focus sulla relazione. Favorirà una regolazione ottimale dell’atmosfera relazionale, tentando per quanto possibile di promuovere l’accesso del paziente a emozioni positive. Per esempio, di fronte a un paziente che produce teorizzazioni, astratte intellettualizzazioni o generalizzazioni su di sé, il terapeuta si lascerà strategicamente trascinare dal flusso della conversazione, favorendo il dialogo su argomenti di interesse comune, e abbandonandosi alla dimensione “salottiera” dell’incontro terapeutico. Mostrerà interesse verso il contenuto del discorso del paziente, per quanto astratto sia, e cercherà di coinvolgersi nella conversazione. Per esempio, con un paziente appassionato di cinema, il terapeuta potrà dire:

“Mi incuriosisce questa sua passione per il cinema, mi descrive l’ultimo film che l’ha colpita?”. È importante che il terapeuta sia autentico, dimostrando coinvolgimento solo se lo prova davvero, oppure cercando di incuriosirsi all’argomento proposto dal paziente. Dovrà al tempo stesso mantenere una posizione “contemplativa”, ossia un’attenzione costante a ciò che sta accadendo a entrambi mentre sostengono il dialogo (Bromberg, 1998). Nel fluire della conversazione il paziente può mostrare fluttuazioni dello stato emotivo su cui il terapeuta porterà l’attenzione del paziente, aiutando a esplorare e denominare le emozioni: “Mi è parso che mentre parlava del personaggio del Joker abbia cambiato espressione improvvisamente”. Se il paziente è d’accordo, il terapeuta potrà suggerire un’etichettatura emotiva: “Sembrava un velo di tristezza, è così?”.

In questo tipo di interventi mostriamo un altro aspetto, sfumato ma non meno fondamentale, del lavoro sulla relazione come ponte per favorire l’esplorazione psicologica: il terapeuta mantiene costantemente attiva una corrente di autentico coinvolgimento verso il flusso dell’esperienza interna del paziente. Mostra spesso, in modo tecnicamente orientato, i suoi pensieri e sentimenti rispetto agli elementi della soggettività del paziente, e traduce linguisticamente quegli elementi. In questo modo, da un lato svela aspetti di sé con il fine di creare un clima di condivisione; dall’altro la soggettività del terapeuta diviene un “facilitatore” della soggettività, in costruzione, del paziente (Hasson-Ohayon, 2012; Wachtel, 1993). In questo contesto, la TMI integra nel suo repertorio di interventi anche forme di esplorazione che pongono in primo piano il corpo (Dimaggio *et al.*, 2019; Ottavi *et al.*, 2015), per esempio la *Mindfulness Integrata Relazionalmente* dell’approccio sensomotorio (Ogden e Fisher, 2015). Essa inizia con il *tracking*: il terapeuta pone la massima attenzione agli elementi visibili dell’assetto somatico del paziente durante il flusso conversazionale, come le espressioni mimiche, la postura e la modalità di respirazione durante le diverse fasi del colloquio, e le fa notare al paziente. Per esempio, un improvviso “crollo” o irrigidimento nella postura del paziente, l’assumere una posizione esageratamente contratta e “composta”, o una repentina accelerazione della respirazione, comunicano informazioni significative su ciò che sta succedendo nel paziente momento per momento.

Questi elementi corporei connessi con l’esperienza del momento presente si declinano il più delle volte al di sotto della soglia della consapevolezza. La prima parte dell’intervento del terapeuta mira a dirottare l’attenzione del paziente dal flusso narrativo e conversazionale a una consapevolezza *mindful* dell’esperienza corporea. Semplici affermazioni che verbalizzano

Giampaolo Salvatore et al.

l'esperienza corporea del momento presente suonano come: "Mentre mi parla di suo padre sembra che il suo corpo stia per crollare", o "Sembra che il suo respiro acceleri adesso che mi descrive cosa è successo al lavoro". Vi è poi un ulteriore passaggio, volto a comprendere il significato dello stato corporeo appena individuato attraverso il *tracking*. Il terapeuta invita il paziente a rintracciare emozioni e cognizioni correlate con l'esperienza corporea appena etichettata, con domande come: "Mentre mi dice che è come se la sua spina dorsale non la reggesse più, che cosa pensa e prova?".

Una volta definita l'emozione, essa potrà essere l'indizio per evocare un episodio narrativo. L'episodio che emergerà potrebbe riguardare la relazione terapeutica stessa. Per esempio il paziente, alla domanda del terapeuta "Proviamo a capire che cosa le è passato per la mente nel momento in cui si è rattristato?" potrebbe rispondere "Non so, forse che lei sta pensando che non mi intendo affatto di cinema". Oppure riguardare eventi esterni; alla stessa domanda il paziente risponde "Mi è tornata in mente la mia ex", e questo può aprire ulteriori scenari narrativi che saranno oggetto di esplorazione per ricostruire gli schemi.

Claudia era una studentessa di 24 anni i cui studi avevano subito una battuta d'arresto a pochi esami dalla laurea. Dopo la morte del nonno, a cui era molto legata, non era più riuscita a aprire i libri. Lo descriveva come una persona che le dava apprezzamento per la sua scrupolosità e che sin da piccola le teneva compagnia amorevolmente nei lunghi pomeriggi di studio, quando i genitori erano fuori per lavorare. Chiedeva aiuto perché non riusciva a comprendere se il suo blocco nello studio potesse essere in qualche modo correlato con la perdita del nonno. Affermava che questo dolore c'era ma era "sotto controllo", e nutriva il dubbio di "usare il lutto come scusa" con se stessa per non studiare. Il terapeuta ha provato invano diverse volte a portare la paziente su una scena specifica in cui si fosse manifestata la sua difficoltà nello studio. Carla ha risposto ripetutamente con narrazioni generiche e astratte. Il terapeuta ha intuito la scarsa autoriflessività, la tendenza al disconoscimento e all'inibizione emotiva della paziente. Ha sentito una tensione crescente dentro di sé, che ha compreso essere una miscela di moto di accudimento e senso di essere "tenuto a distanza". Ha ipotizzato che questi suoi moti interni potevano essere il riflesso dell'estremo bisogno di accudimento della paziente rispetto al dolore del lutto, associato alla sua profonda difficoltà nel contattare la sofferenza e condividerla. Il terapeuta ha quindi smesso di tentare di elicitare un episodio narrativo e ha spiegato alla paziente le ragioni della ripetuta richiesta, dicendole che secondo il suo metodo le emozioni che le impedivano di studiare sarebbero state più chiare se fosse stato possibile analizzarle all'interno di una scena specifica. Poi l'ha tranquillizzata dicendole che non c'era alcuna fretta e che le scene si sarebbero affacciate spontaneamente alla coscienza quando sarebbe fosse stata pronta. La paziente ha



sorriso e la conversazione si è spostata sulla disciplina di studio della paziente, l'antropologia. Il terapeuta ha mostrato un autentico interesse per i concetti descritti da Claudia, che è apparsa via via più serena. A un tratto, mentre menzionava l'argomento che aveva scelto per la sua tesi di laurea, Claudia ha fatto una smorfia rapidissima di tristezza e ha abbassato lo sguardo. Poi ha ripreso rapidamente un'espressione neutra. Il terapeuta ha portato prontamente l'attenzione della paziente sull'espressione mimica operando un tracking, e ha aiutato Carla a identificare la tristezza e a rievocare la sequenza di fotogrammi del ricordo che l'aveva trafitta quando aveva fatto quella smorfia. Nella scena Carla sta studiando, solleva lo sguardo e incontra quello del nonno, sorridente, incoraggiante; gli racconta la sua idea sull'argomento della tesi, il nonno si complimenta con lei. Con l'aiuto del terapeuta, Claudia ha contattato il dolore per la perdita, e la sua tendenza a inibirlo e disconoscerlo come parte di una modalità perfezionistica. Nel corso delle sedute successive sono emerse scene familiari prototipiche che con l'esplorazione condivisa hanno permesso di comprendere lo schema: perfezionismo, inibizione emotiva, e inibizione della richiesta di accudimento costituivano la strategia di Carla per gestire l'aspettativa di ricevere critiche severe e freddezza scostante in risposta al desiderio di accudimento. Il nonno era stato forse l'unica figura che aveva contraddetto questo schema.

### **Relazione come strumento per favorire esperienze emozionali correttive**

L'attenzione del terapeuta allo stile relazionale del paziente e alle proprie reazioni a esso permette di disingaggiarsi rapidamente dallo schema quando si attiva in seduta, evitando così di confermarlo (Dimaggio *et al.*, 2013, 2019). Il terapeuta TMI mira a evitare di incarnare l'Altro dello schema patogeno del paziente, ma non si limita a questo. Attraverso la relazione, mira anche far esperire al paziente che le sue parti sane chiedono di respirare, di liberarsi dall'oppressione soffocante delle parti cariche di sofferenza; che le aspettative positive su come gli altri risponderanno ai bisogni fondamentali – e le rappresentazioni di sé positive sottese – sono più solide e fondate di quanto al paziente sia stato concesso finora di realizzare. Questa è la zona di convergenza teorica tra TMI e Control Mastery Theory (Weiss, 1993; Gazzillo, 2016; Gazzillo *et al.*, 2019), una rilevante ispirazione della TMI. Entrambe le prospettive teoriche riscontrano nell'esperienza clinica con i pazienti affetti da grave DDP come essi puntualmente testino il terapeuta al fine di disconfermare l'aspettativa patogena che riceveranno di risposte deludenti e frustranti ai loro desideri nelle relazioni. Nel linguaggio TMI, diciamo che lo schema è anche un test implicito in cui il paziente spera che il terapeuta dia una risposta positiva ad alcuni desideri basici, mostrandogli

*Giampaolo Salvatore et al.*

che la storia ha un esito diverso, più positivo, da quello previsto e fonte di sofferenza. È possibile che il superamento di tali test funga da esperienza emozionale correttiva e diventi un primo mattone per la costruzione di relazioni più sane nella vita quotidiana.

Alessandro era un commercialista di 32 anni. Chiedeva aiuto perché tormentato dal timore di sudare o di tremare in pubblico, per esempio nell'atto di firmare un documento alle poste o di portare una tazzina di caffè alla bocca. La credenza alla base era che le persone, osservando il suo tremore o il suo sudore, li avrebbero considerati come segni della sua "debolezza" di carattere. Questo lo spingeva a evitare accuratamente le situazioni sociali che potevano innescare il sintomo. Alessandro si descriveva come "da sempre un po' ansioso", ma raccontava che il sintomo era esploso in questa forma pochi anni prima, subito dopo la laurea, quando aveva iniziato a lavorare presso l'importante studio commercialista del padre. Era stato visitato da diversi professionisti, che avevano diagnosticato una fobia sociale, e gli avevano prescritto farmaci che non avevano apportato significativo sollievo.

Nella prima seduta Alessandro ha chiesto aiuto con urgenza rispetto al sintomo. A più riprese ribadiva al terapeuta, con tono accorato e trattenendo a stento il pianto: "non si lasci ingannare da come mi vede oggi... questo è uno dei rari momenti buoni, e mi sono dovuto sforzare per venire qui, ma la mia vita è un inferno. Non riesco a fare più niente, sempre per questa paura che le persone si accorgano del sudore alle ascelle o che tremo". Dopo aver tentato più volte invano di elicitare una scena specifica in cui il sintomo stesso si fosse manifestato, il terapeuta ha osservato le proprie reazioni. "Lamentoso", "infantile", "eccessivo", sono stati gli epiteti riferiti al paziente comparsi sulla sua lavagna mentale. Ha compreso due cose: che provava una forte irritazione verso il paziente per la sua tendenza a teatralizzare la sofferenza, e che stava sottovalutando la gravità della patologia. Questo assetto interno lo spingeva a assumere un'attitudine autoritaria, a "scuotere" il paziente, e a prescrivergli una terapia farmacologica sedativa, più con l'intento di ridurre l'intensità della sua richiesta di aiuto che di dare sollievo al suo malessere. Il terapeuta ha evitato di agire queste tendenze. Poi si è chiesto: "cosa può spingere Alessandro a avere tanto bisogno di aiuto ma a esprimerlo in un modo che tende a evocare in me una disposizione ostile e autoritaria?".

Il terapeuta ha riflettuto sul fatto che il modo così drammatico e ripetitivo con cui Alessandro chiedeva aiuto – come se cercasse insistentemente di convincere l'altro a credere nella realtà della propria sofferenza – era plausibilmente la manifestazione di uno schema maladattivo. Alessandro poteva essere mosso dal desiderio di accudimento, ma immaginava l'altro critico e rifiutante, con un'immagine di sé sottostante al desiderio come inadeguato e solo. Per questo tendeva a costruire il terapeuta come un altro critico e disinteressato che non accettava il suo bisogno di accudimento e gli chiedeva di "fare poche storie", di "fare il proprio dovere".

Questo generava in Alessandro una sofferenza che a sua volta acuiva il bisogno di accudimento; il che lo portava ad amplificare ed enfatizzare la richiesta di soccorso.

Paradossalmente, proprio i segnali di richiesta di accudimento così marcati rischiavano di generare l'effetto temuto. Alessandro rischiava di indurre nell'altro irritazione, rifiuto, critica, che avrebbero di certo confermato lo schema e amplificato la sofferenza. Il terapeuta ha anche compreso come le ridotte capacità metacognitive impedissero al paziente di riconoscere quanto la reazione critica dell'altro dipendesse dall'esagerazione della sua richiesta. In questa prospettiva, il terapeuta ha intuito che Alessandro si aspettava una risposta negativa al proprio bisogno di accudimento, ma che una parte di lui sperava di incontrare nell'altro una figura autenticamente accudente e comprensiva. Con la sua richiesta di aiuto urgente e drammatica, Alessandro stava probabilmente testando l'autenticità e l'affidabilità della capacità di accudimento del terapeuta.

Come è tipico di questa modalità di test, il terapeuta aveva la netta sensazione che Alessandro fosse in allerta rispetto a eventuali atteggiamenti del terapeuta assimilabili a una risposta avversiva, come la tendenza a sminuire la sofferenza, o un atteggiamento terapeutico troppo direttivo e privo di coinvolgimento relazionale. Sulla base di queste riflessioni, il terapeuta ha validato la sofferenza di Alessandro causata dal sintomo e dai pesanti limiti imposti da esso alla sua vita. Ha inoltre comunicato al paziente che comprendeva la fatica che egli era costretto a sopportare per convivere con il sintomo cercando nello stesso tempo di mantenere un buon funzionamento lavorativo. Poi ha dichiarato il suo massimo impegno nel cercare di dargli sollievo quanto prima, sia attraverso una terapia farmacologica ben calibrata, che attraverso tecniche incentrate sulla respirazione diaframmatica, che gli avrebbe subito insegnato. Alessandro ha sorriso, visibilmente più calmo, e il terapeuta è riuscito a elicitare una scena specifica relativa a un momento in cui l'ansia e la paura di sudare o tremare si fossero attivati recentemente. Alessandro è a tavola con familiari e parenti. Il cuore inizia ad accelerare quando pensa che la sua mano potrebbe tremare mentre porta la forchetta alla bocca e le persone presenti se ne accorgeranno. L'immagine genera ansia crescente, e il conseguente effettivo tremore, osservare il quale a sua volta intensifica l'ansia. Il terapeuta lo ha aiutato a trovare l'antecedente. Il pensiero che ha dato inizio a tutto – “potrei mettermi a tremare” si era affacciato alla coscienza mentre Alessandro si sentiva triste e angosciato perché immaginava che la fidanzata si stesse stancando di lui e dei suoi sintomi. Con l'aiuto del terapeuta, Alessandro ha compreso che quella tristezza lo avrebbe spinto in quel momento a chiedere conforto ai suoi familiari, se non fosse stato frenato dall'aspettativa di essere giudicato un “buono a nulla” e “un debole”, e che era stata proprio questa immagine di sé, creduta vera, a generare il sintomo proprio in quel momento, apparentemente a ciel sereno. Il terapeuta ha aiutato poi Alessandro a rievocare memorie associate in cui il suo desiderio di aiuto e conforto aveva trovato come risposta giudizio negativo da parte dei genitori. Sulla base di queste riflessioni condivise e del miglioramento clinico, in una seduta del secondo mese di terapia il terapeuta ha aiutato Alessandro a comprendere come la tendenza

*Giampaolo Salvatore et al.*

ad aspettarsi una risposta critica al suo bisogno di accudimento fosse attiva anche sin dall'inizio con il terapeuta stesso, e lo ha incoraggiato ad esprimere apertamente questo timore di giudizio qualora si fosse presentato. Alessandro è apparso molto sollevato e colpito. Da quel momento i sintomi si sono significativamente attenuati, ma soprattutto è aumentata la fiducia nella terapia e l'alleanza terapeutica, cosa che ha permesso al terapeuta di implementare con efficacia tecniche di modulazione del respiro e di dislocazione dell'attenzione, ottenendo da Alessandro impegno e perseverazione nel praticarle e ponendo così le basi per una definitiva estinzione del sintomo.

Le tecniche esperienziali con grande frequenza aiutano a superare i test relazionali e – oltre al loro effetto benefico sulla riscrittura degli schemi – promuovono esperienze emozionali correttive. Il rapporto che viene a istituirsi tra tecniche esperienziali, centrali in TMI, e relazione terapeutica è molto delicato. Si tratta di tecniche che per loro intrinseca natura richiedono al paziente un contatto viscerale con stati emotivi dolorosi, memorie problematiche, spesso traumatiche, e la decisa sollecitazione di parti sane quiescenti che si attrezzano per affrontare quegli stati. Queste tecniche funzionano grazie all'accordo con il paziente. A questo fine è necessario che il paziente costruisca il terapeuta come, almeno un po', benevolo, affidabile, sicuro, accettante. Questo richiede che il terapeuta operi una regolazione ottimale della relazione terapeutica prima, durante e dopo l'esperimento, a meno che il paziente non si mostri di suo ben disposto e curioso naturalmente.

Il terapeuta darà la massima attenzione al feedback del paziente in tutte queste fasi, e concederà lo spazio più ampio possibile alle sue reazioni negative, ascoltandole e prendendo sul serio paure e preoccupazioni. Per esempio, il paziente potrebbe sentirsi imbarazzato o provare vergogna nel tenere gli occhi chiusi al cospetto del terapeuta. Dopo aver riflettuto attentamente sul punto di vista del paziente alla luce degli eventi in corso nella relazione e dello schema del paziente, deciderà se "insistere" con la proposta della tecnica o fermarsi e spostare il focus sulla relazione stessa.

È molto probabile che grazie alle tecniche si mobilitino emozioni positive vivide e che il paziente veda il terapeuta in una luce diversa. Fiducia e speranza possono aumentare immediatamente: il paziente sente che la terapia è attiva e che il terapeuta ha a disposizione strumenti per cambiare le cose o almeno vederle da un'angolazione diversa. Può sentire di avere egli stesso più controllo su sintomi e problemi relazionali dai quali fino ad allora si sentiva dominato. Sentimenti come curiosità, interesse, a volte divertimento possono apparire. Il paziente coglie che la relazione ha natura cooperativa e si attiva la motivazione esploratoria, si crea un clima giocoso e creativo.

Molto spesso l'intensità emotiva della rielaborazione durante tecniche drammaturgiche o di immaginazione guidata (Dimaggio *et al.*, 2019) è talmente intensa che i pazienti sentono la presenza solida, supportiva e incoraggiante del terapeuta e ne sono grati. Questi aspetti permettono spesso un'esperienza correttiva rispetto allo schema.

Giorgia era un'impiegata di 26 anni che soffriva di DDP dipendente con tratti ossessivi. Ha chiesto aiuto lamentando ansia, depressione e attacchi di panico, con risvegli notturni precoci associati all'angoscia di essere aggredita dai ladri nel cuore della notte. La sintomatologia è insorta poco dopo la morte del padre, a cui era profondamente legata, avvenuta un anno prima. In una seduta del primo mese di terapia, Giorgia ha raccontato, con un certo distacco, il seguente episodio: sta per compiere 18 anni, l'esame di maturità è imminente; a tavola la famiglia è riunita per il pranzo domenicale; Giorgia prende sommessamente la parola per annunciare che alcune compagne di scuola stanno programmando un viaggio in Grecia, partiranno subito dopo l'esame. Il fratello le sorride amorevolmente e dice, rivolto al padre come per ricevere un appoggio già atteso, che un viaggio del genere è troppo pericoloso, e che un gruppo di ragazze così giovani sarebbe facile preda di gente orribile. Il padre annuisce, senza parlare, poi cambia discorso rivolgendosi al figlio. Giorgia rinuncia.

Con l'obiettivo di favorire un accesso più diretto di Giorgia alle emozioni sperimentate nell'episodio, le ha proposto di ripercorrerlo con una tecnica di immaginazione guidata. Ha invitato Giorgia a assumere una posizione eretta, comoda e rilassata sulla poltrona e a eseguire alcuni atti di respirazione profonda a occhi chiusi. Quando Giorgia si è rilassata, le ha chiesto di immaginare di trovarsi di nuovo a tavola con i suoi, di fronte alla madre, al padre e al fratello maggiore, e di descrivere la scena. Guidata dal terapeuta, Giorgia ha descritto alcuni particolari salienti, come il silenzio assorto della madre, che le ha dato l'impressione chiara di non poter contare sul suo aiuto. Poi è arrivata al momento in cui ha preso il coraggio di parlare del viaggio in Grecia, e il fratello è intervenuto, appoggiato dal padre. Aiutata dal terapeuta, Giorgia è entrata in contatto con le sensazioni corporee associate a questo scenario. Ha riprovato la sensazione propriocettiva della lieve contrazione della mandibola, riuscendo con l'aiuto del terapeuta a connetterla al senso di costrizione che la parte desiderosa di esplorare sperimentava, associato al senso di colpa nel vedersi ingrata verso l'amore e la protezione dei familiari se si fosse ribellata al loro volere. Ha capito di vedersi, e di sentirsi considerata da loro, come "una bambina piccola", che "alla fine rinuncia" perché non in grado di affrontare le difficoltà.

A questo punto il terapeuta si è posto l'obiettivo di sollecitare precocemente la parte di Giorgia libera dallo schema. Ha quindi chiesto a Giorgia di rimanere a contatto con quel senso di costrizione, e di farsi guidare da esso per tradurre in parole il proprio punto di vista rispetto all'ingerenza del fratello. Giorgia,

*Giampaolo Salvatore et al.*

visibilmente emozionata, è rimasta in silenzio. Il terapeuta le ha chiesto di dire ad alta voce quello che stava pensando. Giorgia sempre più agitata, ha scosso la testa e ha chiesto al terapeuta il permesso di aprire gli occhi. Il terapeuta ha subito acconsentito. Poi, subito dopo, ha osservato la propria tendenza automatica e rapidissima a temere di turbare o far attivare troppo la paziente. Riflettendo in silenzio, l'ha ricondotta alla propria tendenza a assumere una posizione iperprotettiva nei confronti della paziente. Ha compreso che questa tendenza derivava in parte da un proprio schema, che lo portava spesso ad accentuare la dimensione accidentante della relazione con i pazienti; in parte dallo schema della paziente. Ha intuito, infatti, che nello schema di Giorgia il desiderio di autonomia si associava a un'immagine di sé come inadeguata, una "bambina piccola", che metteva in ombra una rappresentazione di sé capace e desiderosa di esplorare. Nell'episodio il suo bisogno di autonomia incontrava una risposta iperprotettiva da parte dei familiari. Sulla base di queste riflessioni il terapeuta ha detto a Giorgia che comprendeva quanto l'esercizio potesse essere difficile per le emozioni a cui la esponeva, ma che sentiva anche che la parte di lei bisognosa di esprimere il proprio punto di vista meritava di essere incoraggiata. Ha quindi invitato con gentile fermezza Giorgia a provare a entrare almeno un'altra volta sulla scena a occhi chiusi, e dopo averla aiutata, attraverso la respirazione diaframmatica, a centrarsi su una sensazione di solidità e vigore, le ha chiesto di esprimere il proprio punto di vista al fratello e al padre. Con un filo di voce, Giorgia è riuscita a dire: "So che siete preoccupati per me, e che volete proteggermi, ma io voglio fare questo viaggio a tutti i costi. Sono in grado di badare a me stessa".

Il terapeuta le ha chiesto di ripetere questa frase a voce più alta. Giorgia ci è riuscita, mentre il suo viso esprimeva una convinzione crescente. Il terapeuta le ha chiesto di aprire gli occhi e di descrivere come si stesse sentendo, e Giorgia ha descritto un senso di "libertà" e forza per lei nuovo. Con l'aiuto del terapeuta, Giorgia ha compreso quanto fosse sempre stata in ombra questa parte di sé capace di negoziare la propria autonomia e di mettere in discussione l'immagine di sé come indifesa e inadeguata. Il terapeuta ha poi chiesto alla paziente come avesse percepito la figura del terapeuta stesso durante l'esperienza. Giorgia ha affermato sorridendo che all'inizio aveva percepito il terapeuta come un po' troppo "insistente", ma poi aveva provato un senso di gratitudine verso di lui per aver insistito sull'importanza di portare a termine l'esercizio di immaginazione. L'atmosfera relazionale in questa e nelle sedute successive è diventata allegra e giocosa. I sintomi di Giorgia sono rientrati progressivamente. Giorgia ha contattato il dolore per la morte del padre. Ha capito di averlo inibito perché esso era intrecciato con un senso rabbioso di costrizione. Ha iniziato a limitare l'influenza del fratello nelle proprie decisioni.

In questo caso l'esito positivo sembra attribuibile a due fattori. Il primo è l'effetto della tecnica in sé: la riscrittura dell'immagine di sé attraverso il contatto con la parte, in ombra, capace di difendere il proprio punto di vista

e limitare l'ingerenza protettiva dell'altro. Il secondo è l'esperienza relazionale correttiva che ha fatto da piattaforma alla tecnica: il terapeuta ha riflettuto sugli eventi in corso nella relazione, e ha disciplinato la propria tendenza ad assumere il ruolo dell'Altro iperprotettivo dello schema, che limita l'autonomia; ha spinto la paziente a rischiare, a immergersi nella tecnica esperienziale, che per sua intrinseca natura comporta la mobilitazione del sistema esploratorio; così facendo, il terapeuta si è comportato come un altro che stimola e supporta l'autonomia e alimenta un'immagine di sé positiva.

### **Relazione come oggetto di intervento**

La relazione terapeutica è oggetto di intervento esplicito da parte del terapeuta quando è minacciata o compromessa. Benché le rotture della relazione manifestino un momento critico e delicato della terapia, in cui è sempre possibile l'esito in un drop-out, se tempestivamente identificate e trattate, non solo possono essere risolte, ma dal processo di riparazione possono scaturire cambiamenti importanti e incrementi tangibili nel funzionamento metacognitivo del paziente. Le rotture sono state distinte in rotture da *confronto* e da *ritiro* (Safran, Muran, 2003). Le prime riguardano le situazioni in cui il paziente esprime direttamente disaccordo col terapeuta, lamentandosi di alcuni elementi della terapia, come l'adeguatezza del terapeuta stesso a curarlo, il progresso o l'utilità della terapia, il pagamento. Le rotture da ritiro si manifestano con ritardi o assenze agli appuntamenti, negazione di stati d'animo evidenti, povertà della comunicazione.

In questo paragrafo descriviamo come la TMI interviene per riparare le rotture della relazione terapeutica attraverso la metacomunicazione (Gelso e Palma, 2011; Høglend *et al.*, 2011; Kiesler, 1988; Safran e Muran, 2003; Safran e Kraus, 2014). Il terapeuta legge i segni di rottura; apre la propria mente su quanto sta accadendo in seduta, invitando il paziente a riflettere insieme; si fa parte attiva del problema e non lo pone a carico del paziente; segnala come si sia creato un problema: "È come se stessi competendo"; "Ci è difficile capirci oggi". Poi opera uno svelamento dei propri sentimenti verso il paziente nel qui e ora. È necessario che il terapeuta abbia chiaro come svelarsi evitando di caricare il paziente dei problemi, criticarlo o colpevolizzarlo. Per fare tutto ciò, il terapeuta deve avere, almeno in parte, modulato internamente le proprie emozioni avverse verso il paziente. Quello che descrive al paziente è quindi non l'emozione problematica a

caldo, ma un'emozione problematica nel suo divenire oggetto di riflessione. Sugeriamo per esempio di svelare il meno possibile emozioni quali la rabbia in maniera diretta, anche nella forma blanda di irritazione. Sentimenti negativi come la rabbia del terapeuta possono essere svelati a condizione di metacomunicare per prima cosa l'antecedente; per esempio "quando ha detto X mi sono sentito criticato" (o minacciato, o ostacolato o sfidato o sentito impotente, ecc.), e poi la tendenza reattiva percepita a ribellarsi a questi sentimenti scomodi, a non volervi soccombere; ad esempio: "poi ho avvertito una spinta a ribellarmi a quella critica che percepivo ingiusta". Immaginiamo un paziente con aspetti passivo-aggressivi che invalidi tutti gli interventi del terapeuta volti a promuovere una riduzione della sofferenza. La temperatura della relazione sale. Il terapeuta regola la propria frustrazione e poi dice: "Guardi, sto facendo il possibile, sto dando fondo alle mie risorse terapeutiche, ma sento che oggi non riesco a essere efficace. È come se tutto quello che faccio non facesse breccia, non riuscissi a trasmetterle niente di utile. È frustrante, lo ammetto, ma è importante che glielo dica, se continuassi a tentare di escogitare soluzioni che per lei non sono accettabili non le sarei di aiuto e crescerebbe solo la mia frustrazione. Per gestire la mia frustrazione e ridarmi un tono avvertivo anche la spinta a contraddirla o a provocarla.

Appena ho avuto chiaro cosa mi stava accadendo e quale reazione stava montando dentro di me, ho deciso di comunicarglielo e di rifletterci con lei. Lei come si sente rispetto a questo? Cosa pensa di quello che sto dicendo." In questa posizione di dichiarata impotenza del terapeuta, il paziente può diventare consapevole che il carico della terapia non è tutto sul terapeuta ma è condiviso. Una metacomunicazione come questa invita il paziente a una scoperta unica: le relazioni problematiche non sono condannate a diventare tali. Possono diventare oggetto di riflessione e di scoperta. Le conseguenze sono positive: le emozioni vengono espresse, i problemi risolti, la relazione rafforzata, i pazienti tendono a tradurre ciò che hanno appreso nell'esperienza relazionale in terapia nelle relazioni extra-terapeutiche (Ain e Gelso, 2008; Gelso, 2011; Hill e Knox, 2009).

In TMI le tecniche esperienziali possono determinare rotture relazionali che il terapeuta deve prontamente riconoscere e riparare. Abbiamo visto come tali tecniche implicino la richiesta di uno sforzo attivo al paziente, e un maggiore contatto con aspetti dell'esperienza temuti e fino ad allora evitati, comportamentalmente e cognitivamente. Di fronte all'idea di una terapia attiva il paziente, soprattutto in presenza di DDP di tipo dipendente, istrionico e borderline, potrà temere di essere abbandonato, trascurato, che il terapeuta voglia rapidamente risolvere il problema e poi sbarazzarsi di lui.



Spesso questi schemi caratterizzano pazienti con storie di attaccamento *dismissing*: la figura di attaccamento risponde ai segnali di stress del bambino con irritazione, fretta e propone subito soluzioni che il bambino non sente adeguate perché percepisce la voglia di smettere di occuparsi di lui prima possibile, più che il sincero desiderio di farlo stare meglio. In conseguenza di questo il paziente costruisce facilmente il terapeuta come pressante o pericoloso e tende, in modo comprensibile, a chiudersi e ritrarsi. Gli schemi negativi possono anche non essere applicati al terapeuta ma semplicemente attivati dall'esercizio. Il paziente al quale si chiede un'esposizione comportamentale o un esercizio basato sul corpo potrà subito immaginarsi inetto e incapace a fronte di un altro critico e che lo deride, anche se vede il terapeuta benevolo e accettante.

A questo punto, prima di continuare, il terapeuta dovrà ragionare sullo schema attivo, e mostrarsi pronto a rinunciare all'uso della tecnica. Dopodiché lavorerà coerentemente con le procedure per la riparazione della rottura della relazione che abbiamo descritto in precedenza.

Carla era una studentessa di 22 anni. Era entrata in terapia bloccata dall'ansia, sociale e generalizzata e da un pervasivo senso di vuoto. Viveva con il fidanzato, che descriveva come incapace di comprenderla e tirannico. Per esempio, le impediva di frequentare la palestra per gelosia. Carla aveva una scarsa autoriflessività, non comprendeva l'origine del suo malessere. Con fatica il terapeuta è riuscito nel corso della terza seduta a elicitarne un episodio narrativo in cui l'ansia si era attivata. Carla riusciva però solo a rievocare pochi fotogrammi: al supermercato, aveva incontrato una sua conoscente, una coetanea molto bella, che le aveva rivolto un sorriso cordiale. Il terapeuta le ha proposto di fare un esercizio di immaginazione guidata a fini esplorativi, che Carla ha accettato. L'immaginazione guidata ha permesso al terapeuta di raccogliere alcuni dettagli della scena. Carla ha iniziato a descrivere più vividamente alcuni elementi che l'avevano colpita nella coetanea. Il sorriso aperto e spontaneo, l'eleganza nel portamento, e soprattutto il "senso di libertà" che comunicava attraverso ogni suo gesto. Dicendo questo, Carla ha aggrottato impercettibilmente le sopracciglia, e ha manifestato un tremore fine a livello delle palpebre. Il terapeuta ha notato questi segnali e ha chiesto a Carla cosa stesse provando in quel momento. La paziente ha sorriso e ha risposto che stava bene e che avrebbe continuato volentieri l'esercizio. A quel punto il terapeuta ha registrato dentro di sé la sensazione di sottile gratificazione nell'essere assecondato rispetto al proprio obiettivo di condurre a buon fine l'intervento terapeutico. Ha riflettuto sul fatto che la paziente stava in un certo modo gratificando e tranquillizzando una parte di sé guidata da uno schema per cui al desiderio di sentirsi efficace e meritevole di apprezzamento corrispondeva il timore di non riceverlo. Sulla base di queste riflessioni, il terapeuta ha chiesto gentilmente a Carla di aprire gli occhi. Le ha

*Giampaolo Salvatore et al.*

svelato quanto fosse rimasto colpito da due cose: il repentino mutamento di espressione mentre Carla menzionava il “senso di libertà” della ragazza incontrata al supermercato, e la rapidità con cui aveva cancellato quell’espressione con un sorriso, quasi considerandolo un’interferenza per l’esercizio di immaginazione guidata. Poi le ha chiesto se le andasse di indagare quello che era successo dentro di lei in questi passaggi. Carla ha abbassato lo sguardo, con un’espressione triste che il terapeuta non aveva mai visto prima. Con l’aiuto del terapeuta, è poi riuscita a comprendere che quando aveva pensato alla “libertà” della ragazza del supermercato, aveva pensato “io non sarò mai così, perché lei riesce a conservare la sua libertà anche se è fidanzata”. E nello stesso tempo si era vergognata profondamente davanti al terapeuta, immaginando che lui pensasse di trovarsi di fronte a una stupida. Aveva soppresso la vergogna cercando di mostrarsi più collaborativa possibile con il terapeuta, compiacendolo nello scopo che intuiva in lui di condurre a un buon esito l’esercizio immaginativo. La vergogna e l’attitudine compiacente erano i precursori di una rottura relazionale da ritiro, che si sarebbe radicata se il terapeuta non avesse colto il segnale espressivo emerso durante l’esecuzione della tecnica ed esplorato la relazione nel qui e ora. Con l’aiuto del terapeuta, Carla ha rievocato memorie associate riguardanti il rapporto con il fidanzato e con i genitori in cui l’altro minava alla radice i suoi pensieri autonomi, cercando di imporle le loro norme morali e sociali. Il bisogno di autonomia si associava a vergogna e a un’immagine di sé come inetta, e aveva acquisito la tendenza alla sottomissione compiacente per evitare la disapprovazione dell’altro che avrebbe confermato la sua inadeguatezza.

In questo caso la tecnica esperienziale ha generato una micro-frattura della relazione, su cui il terapeuta è prontamente intervenuto attraverso la metacomunicazione. La riparazione ha dato la stura a informazioni psicologiche fondamentali, e ha messo in condizione la paziente di vivere l’esperienza emozionale correttiva schema-discrepante del contatto con un altro che conferisce rilevanza all’espressione autonoma di emozioni e punti di vista.

## **Conclusioni**

In questo articolo abbiamo descritto come nella terapia metacognitiva interpersonale il processo clinico sia mosso dalla capacità del terapeuta di muoversi agilmente tra l’utilizzo di tecniche volte a esplorazione e cambiamento, e focus sulla relazione. Il terapeuta TMI si pone sempre la domanda: “dal momento in cui ho effettuato questo intervento (o ho proposto questa tecnica, o il paziente la sta eseguendo), quale processo relazionale ho attivato?”, “quale Altro sono diventato per il paziente, alla luce dei suoi

schemi?”. Su questa base, il terapeuta è pronto, se necessario, a porre il focus terapeutico sull’eventuale attivazione dello schema del paziente nella relazione terapeutica. In questa prospettiva, abbiamo mostrato come il lavoro sulla relazione si intrecci con l’utilizzo delle tecniche esperienziali, che espongono vividamente il paziente a contatto con aree di sofferenza, ma rappresentano un’occasione fertile per permettere al paziente di sperimentare parti di sé libere dalla patologia e autonome, nonché modalità di relazione alternative a quelle dettate dagli schemi maladattivi. In questo intreccio dinamico, la relazione è nel contempo fonte di informazione sul mondo interno del paziente, veicolo di esperienze emozionali correttive schema-discrepanti, oggetto di intervento in caso di rotture.

#### **BIBLIOGRAFIA**

- Ain S., Gelso C.J. (2008). Chipping away at the blank screen: Self-disclosure, the real relationship, and therapy outcome. *Psychotherapy Research*, 22(3).
- Alexander F., French T.M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press.
- Bromberg P.M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma, and dissociation*. Hillsdale, New Jersey: Analytic Press.
- Clark A. (1997). *Being There: Putting Brain, Body, and World Together Again*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Dimaggio G., Lysaker P.H. (a cura di) (2010). *Metacognition and severe adult mental disorders: from Research to treatment*. London: Routledge.
- Dimaggio G., Montano A., Popolo R., Salvatore G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dimaggio G., Ottavi P., Popolo R., Salvatore G. (2019). *Corpo, immaginazione e cambiamento: Terapia metacognitiva interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dimaggio G., Salvatore G., Azzara C., Catania D., Semerari A., Hermans H.J. (2003). Dialogical relationships in impoverished narratives: from theory to clinical practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 76, 4: 385-409. doi: 10.1348/147608303770584746
- Dimaggio G., Salvatore G., Fiore D., Carcione A., Nicolò G., Semerari A. (2012). General principles for treating personality disorder with a prominent inhibitedness trait: towards an operationalizing integrated technique. *Journal of Personality Disorders*, 26, 1: 63-83. doi: 10.1521/pedi.2012.26.1.63
- Dimaggio G., Semerari A., Carcione A., Nicolò G., Procacci M. (2007). *Psychotherapy of Personality Disorders. Metacognition, State of mind and interpersonal cycles*. London: Routledge.
- Flückiger C., Del Re A.C., Wampold B.E., Symonds D., Horvath A.O. (2012). How

Giampaolo Salvatore et al.

- central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal Counseling Psychology*, 59, 1: 10-7. doi: 10.1037/a0025749
- Gazzillo F. (2016). *Fidarsi dei pazienti. Introduzione alla Control-Mastery Theory*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gazzillo F., Dimaggio G., Curtis J.T. (2019). Case formulation and treatment planning: how to take care of relationship and symptoms together. *Journal of Psychotherapy Integration*. doi: 10.1037/int0000185
- Gelso C.J. (2011). *The real relationship in psychotherapy: the hidden foundation of change*. Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/12349-000
- Gelso C. (2014). A tripartite model of the therapeutic relationship: theory, research, and practice. *Psychotherapy Research*, 24, 2: 117-31. doi: 10.1080/10503307.2013.845920
- Gelso C.J., Palma B. (2011). Directions for research on self-disclosure and immediacy: Moderation, mediation and the inverted U. *Psychotherapy*, 48: 342-348. doi: 10.1037/a0025909
- Hasson-Ohayon I. (2012). Integrating cognitive behavioral-based therapy with an intersubjective approach: Addressing metacognitive deficits among people with Schizophrenia. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22, 4: 356-374. doi: 10.1037/a0029576
- Horvath P. (2006). *Controlling*. München: Verlag Vahlen.
- Hill C.E., Knox S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19, 1: 13-29. doi: 10.1080/10503300802621206
- Høglend P., Hersoug A.G., Bøgwald K.P., Amlø S., Marmo A., Sørbye Ø., Røssberg J.I., Ulberg R., Gabbard G.O., Crits-Christoph P. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 5: 697-706. doi: 10.1037/a0024863
- Horvath A.O., Del Re A.C., Flückiger C., Symonds D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 48, 1: 9-16. doi: 10.1037/a0022186
- Kiesler D.J. (1988). *Therapeutic metacommunication: Therapist impact disclosure as feedback in psychotherapy*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Lambert M.J., Ogles B.M. (2004). Common factors: Post hoc explanation or empirically based therapy approach. *Psychotherapy*, 51: 500-504. doi: 10.1037/a0036580
- Luborsky L., Crits-Christoph P. (1990). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method*. New York: Basic Books.
- Mander J., Neubauer A.B., Schlarb A., Teufel M., Bents H., Hautzinger M., Zipfel S., Wittorf A., Sammet I. (2017). The therapeutic alliance in different mental disorders: A comparison of patients with depression, somatoform, and eating disorders. *Psychology and Psychotherapy. Theory Research and Practice*, 90, 4: 649-667. doi: 10.1111/papt.12131
- Ottavi P., Passarella T., Pasinetti M., Salvatore G., Dimaggio G. (2015). Adapting

- Mindfulness for Treating Personality Disorders. In: Livesley W.J., Dimaggio G., Clarkin J.F. (eds.), *Integrated Treatment for Personality Disorders*. London: Guilford Press.
- Pulvermüller F. (2013). How neurons make meaning: Brain mechanisms for embodied and abstract-symbolic semantics. *Trends in Cognitive Sciences*, 17, 9. doi: 10.1016/j.tics.2013.06.004
- Safran J.D., Kraus J. (2014). Alliance ruptures, impasse and enactments: relational perspective. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 51, 3. doi: 10.1037/a0036815
- Safran J.D., Muran J.C. (2003). *Teoria e pratica dell'alleanza terapeutica*. Roma-Bari: Laterza.
- Salvatore G., Dimaggio G., Ottavi P., Popolo R. (2017). *Terapia metacognitiva interpersonale della schizofrenia. La procedura formalizzata di intervento*. Milano: FrancoAngeli.
- Semerari A. (2005). La relazione terapeutica. In: Bara B. (a cura di), *Nuovo manuale di terapia cognitiva. Volume primo. Teoria*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Semerari A., Carcione A., Dimaggio G., Falcone M., Nicolo G., Procacci M., Alleva G. (2003). How to evaluate metacognitive function in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale its applications. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 4: 238-261. doi: 10.1002/cpp.362
- Semerari A., Carcione A., Dimaggio G., Nicolò G., Procacci M. (2007). Understanding minds: Different functions and different disorders? The contribution of psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 17: 106-119. doi: 10.1080/10503300500536953
- Wachtel P.L. (ed.) (1993). *Therapeutic communication: Principles and effective practice*. New York: Guilford Press.
- Weiss J. (1993). *How psychotherapy works: Process and technique*. New York: Guilford.