

I cicli interpersonali problematici nei disturbi di personalità



Antonino Carcione*, Antonio Semerari*

[Ricevuto il 7 settembre 2019
Accettato il 5 dicembre 2019]

Riassunto

In quest'articolo si discutono i cicli interpersonali problematici che insorgono tra terapeuta e paziente nel trattamento dei disturbi di personalità. I cicli interpersonali vengono affrontati da tre livelli teorici. In primo luogo presentiamo i costrutti che ci permettono di cogliere e descrivere il fenomeno e chiamiamo questo livello teorico: teoria dei fatti. Nel secondo livello teorico, che definiamo teoria della cura, discutiamo delle implicazioni che ha sul processo terapeutico il fenomeno dei cicli interpersonali. Verranno infine discusse le modalità con cui è possibile rendere effettive le potenzialità terapeutiche che l'accadere dei cicli interpersonali comporta. Questo terzo livello riguarda la teoria della tecnica.

Parole chiave: cicli interpersonali, disturbi di personalità, relazione terapeutica.

Abstract

Problematic interpersonal cycles in Personality Disorders

This paper discusses the problematic interpersonal cycles that arise between therapist and patient in the treatment of Personality Disorders. Interpersonal cycles are approached from three theoretical levels. First, we present the constructs that allow us to understand and

*Psichiatra psicoterapeuta, Terzo Centro di psicoterapia cognitiva, Scuola Italiana di Cognitivismo Clinico (SICC) Via Ravenna, 9, 00161 Roma RM. e-mail: semerari@terzocentro.it

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

Antonino Carcione, Antonio Semerari

describe the process and call it this theoretical level: theory of facts. In the second theoretical level, which we call theory of the cure, we discuss the implications that the question of interpersonal cycles has on the therapeutic process. Finally, we will discuss the ways in which it is possible to make effective the therapeutic potential that the occurrence of interpersonal cycles entails. This third level concerns the theory of technique.

Key words: interpersonal cycles, personality disorders, therapeutic relationship.

Introduzione

La relazione terapeutica può essere trattata da punti di vista molto diversi. Si può cercare di descrivere ciò che accade, ovvero gli eventi psicologici che caratterizzano una relazione così particolare com'è quella del terapeuta col suo paziente. Domande tipiche di questa dimensione descrittiva possono essere le seguenti. “È vero che un paziente rivolgendosi al terapeuta per una richiesta d'aiuto attiva verso di lui il suo sistema d'attaccamento?”; “Il terapeuta risponde in modo reciproco con sentimenti di sollecitudine e cura?”. Oppure: “Vero che il paziente si comporta verso il terapeuta, così come si comporta con altre persone significative del suo modo intersoggettivo malgrado il contesto sia diverso?”; “Il terapeuta come reagisce a questi comportamenti?”. I costrutti che utilizziamo per rispondere a questo tipo di domanda servono a fornire una cornice teorica che a sua volta, serve per definire e inquadrare gli eventi salienti della relazione. Possiamo chiamare, perciò, queste teorie, *teorie dei fatti* (Semerari, 1991).

Ma nel momento in cui ci chiediamo qual è l'effetto sul processo terapeutico di eventi come l'attivazione del sistema di attaccamento nel paziente o del fatto che tratti il terapeuta come se fosse una delle persone significative del suo passato ecc., allora il problema cambia. Dalla descrizione dei fatti, si passa a teorizzare il ruolo che questi giocano nel determinare andamento ed esito della psicoterapia. Le teorie che cercano di rispondere a domande del tipo “in che misura e in che modo la relazione terapeutica favorisce o danneggia la terapia?” sono *teorie della cura*. Contrariamente alle teorie dei fatti, per loro natura descrittive, le teorie della cura sono teorie normative. Non si limitano a dire quello che accade nella relazione, ma indicano anche ciò che dovrebbe accadere affinché la relazione diventi terapeutica.

Proprio dal carattere normativo delle teorie della cura discendono le *teorie della tecnica*. Se le teorie della cura indicano i processi attraverso cui la relazione svolge un ruolo terapeutico, le teorie della tecnica indicano

come il terapeuta deve regolare la relazione affinché tali processi divengano effettivi. Per fare un esempio, domande di teorie della tecnica sono: “Il terapeuta deve essere neutrale?”; “Deve essere partecipe?”; “Deve dare consigli diretti?”; “Deve utilizzare la self-disclosure?”.

La distinzione tra *teoria dei fatti*, *teorie della cura* e *teorie della tecnica* permette di evitare molta confusione nel dibattito sulla relazione terapeutica e di definire con precisione il livello sui quali si collocano i diversi punti di vista.

Inoltre, con lo sviluppo di psicoterapie specializzate per trattare specifici disturbi anche le teorie della relazione terapeutica sono andati incontro ad un’analoga evoluzione. L’idea alla base di quest’approccio è che la relazione terapeutica è influenzata, oltre che dai caratteri rispettivi di terapeuta e paziente, anche dalla natura della psicopatologia. Specie per i pazienti relazionalmente difficili, come i pazienti con disturbi di personalità (DP), la natura stessa della psicopatologia ostacola e danneggia la collaborazione terapeutica e induce, spesso, nel terapeuta sentimenti e spinte all’azione potenzialmente anti-terapeutiche.

In questo articolo cercheremo di inquadrare teoricamente alcuni eventi relazionali rilevanti nei trattamenti dei pazienti con DP, di discuterne le implicazioni in termini di teoria della cura e di chiarire, infine, le implicazioni tecniche che ne derivano.

Cicli interpersonali: la teoria dei fatti.

Una descrizione clinica su cui gli autori concordano è che ci sono momenti nella terapia dei pazienti con DP in cui il terapeuta si sente spinto ad agire in modo anti-terapeutico. Vi sono dei momenti in cui egli vorrebbe sottrarsi all’impegno terapeutico sentendosi schiacciato da responsabilità, o impotente a portare avanti il trattamento, o tormentato da richieste eccessive. Altri momenti in cui vorrebbe chiudere la terapia perché si sente annoiato, svuotato, devitalizzato dalla relazione. In altri casi ancora il problema assume le forme dell’iper-coinvolgimento. Il terapeuta è irritato, prova violente antipatie per il paziente, deve trattenere impulsi a ferirlo o umiliarlo. In altri casi ancora si sente invaso da una sollecitudine intensa che gli riempie la mente come in un innamoramento. Con quali costrutti teorici possiamo inquadrare questi fatti?

Anzitutto partiamo da una semplice considerazione. Questi fenomeni sono descritti nei trattamenti della patologia della personalità, molto meno

in quelli di altri disturbi. Essi devono essere, perciò, messi in relazione a questo tipo di patologia.

I disturbi di personalità, sostiene il DSM-5 nella sezione III, sono essenzialmente disturbi delle funzioni del Sé e delle relazioni interpersonali; non ci sorprende, perciò, che questa tendenza a danneggiare le relazioni si manifesti anche nella relazione terapeutica. Il concetto teorico che, a nostro avviso, meglio descrive questo processo è quello di ciclo interpersonale. Il termine fu proposto da Safran e Segal (1990) e ripreso da Semerari (1991). In questi primi lavori gli autori non indicavano cicli interpersonali specifici, né con quali particolari pazienti si sviluppavano. Il concetto fu poi ripreso dagli autori provenienti dal III centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma (Carcione, Nicolò e Semerari, 2016; Dimaggio *et al.*, 2013; Dimaggio e Semerari, 2003; Semerari, 1999) per descrivere alcuni specifici processi relazionali ricorrenti nel trattamento di pazienti con DP.

In breve il concetto è il seguente. Questi pazienti, in base a una storia di esperienze relazionali negative, a volte traumatiche, hanno sviluppato schemi interpersonali problematici. Uno schema interpersonale problematico è una struttura che genera rappresentazioni della relazione in cui l'altro fa qualcosa di negativo al sé e orienta in questo senso aspettative tacite, memoria e attenzione selettiva. Negli schemi interpersonali è attiva una memoria sensoriale di come si sente il sé quando si realizza l'assetto negativo temuto della relazione. Questa memoria così impregnata emotivamente spinge l'individuo a sviluppare strategie relazionali volte a far sì che quell'assetto temuto "non" si realizzi. Queste strategie col tempo diventano automatismi, atteggiamenti relazionali stereotipati, poco consapevoli e agiti in modo indiscriminato. Questi comportamenti suscitano nell'altro reazioni negative e una spinta ad agire nei confronti di chi li mette in atto che spesso finisce per confermare le premesse negative iniziali sulla relazione: così che la profezia si autodetermina.

Ad esempio, uno schema interpersonale centrato sulla rappresentazione di un altro che umilia il sé può far sviluppare atteggiamenti arroganti, altezzosi, aggressivamente pretenziosi che possono indurre negli altri il desiderio di umiliare effettivamente chi li manifesta. In questo modo la patologia della personalità tende a creare dei processi interpersonali di auto mantenimento che contribuiscono a stabilizzarla. Uno dei punti centrali del modello descrittivo è che le strategie di coping disfunzionale sono spesso centrate sul rovesciamento dei ruoli. Se la rappresentazione di base è l'altro che fa qualcosa di negativo al sé, il rovesciamento consiste nell'avere come scopo implicito il sé che fa la "stessa" cosa negativa all'altro, allo scopo di

prevenire lo stato mentale temuto. Per restare nell'esempio precedente, la rappresentazione dell'altro che umilia il sé dà luogo a strategie di coping in direzione di un sé che umilia l'altro portando, ad esempio, ad atteggiamenti arroganti o presuntuosi che suscitano negli altri la voglia di umiliare il soggetto.

Un secondo aspetto della teoria descrittiva è che in un ciclo interpersonale non si entra in contatto direttamente con lo stato mentale proprio dello schema problematico; nel nostro esempio non si entra in contatto con una persona che sperimenta in quel momento uno stato di umiliazione, ma con lo stato mentale di coping, ovvero, in questo caso, uno stato di tensione competitiva per affermarsi come colui che umilia. I processi cognitivi legati alla rappresentazione di sé e dell'altro e gli stati mentali che spingono all'azione non accedono al livello della coscienza ed è possibile osservare solo il prodotto finito di tale processo di elaborazione, ovvero il comportamento disfunzionale/disadattivo.

Cicli interpersonali acuti e cronici

I cicli interpersonali che si attivano nella relazione terapeutica possono essere distinti in *acuti* o *cronici*.

I cicli acuti si caratterizzano per l'intensità delle emozioni, per la potenza della spinta all'azione e per la durata relativamente breve che, quando non porta alla rottura della relazione, raramente supera le due sedute.

I cicli cronici, invece, sono caratterizzati da sentimenti di minore intensità, da spinte all'azione più facilmente contenibili, ma da una durata che, specie all'inizio della terapia, tende a prolungarsi per diverse sedute. Pertanto, mentre nei cicli acuti effettivamente il terapeuta incontra serie difficoltà a contenere la spinta emotiva e mettere in atto azioni anti terapeutiche, nei cicli cronici si segnala una tendenza all'azione che grazie alla minore intensità. Tuttavia il terapeuta si trova a dovere gestire per un periodo più lungo una spinta verso interventi legati più al proprio stato emotivo che al ragionamento clinico. Il fatto che l'insorgenza dei cicli problematici sia profondamente legata alla patologia interpersonale dei DP fa sì che lo stesso tipo di ciclo tenda a ripetersi quando è presente un certo tipo di patologia, indipendente delle caratteristiche personali del terapeuta. In altre parole, pazienti simili tendono a creare cicli simili e ciò permette di tentare una sia pur parziale classificazione dei cicli e soprattutto un apprendimento a riconoscerli e gestirli. Una descrizione di diversi cicli

interpersonali problematici è stata proposta dagli autori del III Centro di Psicoterapia Cognitiva in diverse pubblicazioni (Carcione, Nicolò e Semerari, 2016; Dimaggio e Semerari, 2003; Semerari, 1999) a cui rimandiamo. Qui, a titolo di esempio, descriviamo un ciclo acuto, frequente con i pazienti con disturbo borderline di personalità (DBP) e con diverse patologie della personalità: il ciclo invalidante.

Il ciclo invalidante

I pazienti con DBP, e in generale molti pazienti con DP vivono con la penosa sensazione di essere persone sbagliate, indegne, difettate. Il versante interpersonale di questa percezione di sé è quella di un altro che rivolge al sé critiche sprezzanti e distruttive e il sé si sente annientato e carico di un'insostenibile vergogna (Fiore e Semerari, 2003). Questa rappresentazione di sé e delle relazioni centrata sul senso di indegnità ha delle conseguenze profonde sul modo di vivere e gestire conflitti e dissapori interpersonali.

Dato il sentimento profondo di indegnità, ogni errore, ogni colpa, grande o piccola che sia, ogni torto verso qualcuno possono diventare la prova evidente della totale e assoluta indegnità della persona. Ne consegue una sorta di perfezionismo difensivo. Per non sentirsi totalmente una persona sbagliata occorre negare qualsiasi errore, colpa o torto. Ma cosa accade se si genera un conflitto interpersonale o anche soltanto un dissapore o una delusione? In quel caso qualcun deve essere in torto, o il sé o l'Altro.

Da un lato si affaccia la rappresentazione temuta di un sé schiacciato dalle critiche e dalla delusione dell'altro, Dall'altro avviene il rovesciamento dei ruoli rappresentati. È l'Altro a essere sbagliato e indegno ed è il Sé a muovere l'accusa. Essendo di solito le rappresentazioni di questi pazienti poco integrate (vedi Carcione, Nicolò e Semerari, 2016) le due rappresentazioni sono co-presenti, sovrapponendosi e alternandosi rapidamente. Quando le rappresentazioni di un Altro sbagliato e indegno e di un Sé accusatore viene agita in una relazione reale il soggetto attacca l'altro. L'attacco, però, non si limita mai al comportamento in questione. Non è mai un "penso che in questo caso ha commesso un errore (o un torto o una colpa)", ma investe sempre la persona in toto.

L'attacco è volto a dimostrare che l'Altro, avendo commesso quel determinato errore o colpa o torto, è una persona sbagliata. Colui che è sottoposto a questo tipo di attacco tende ad avere reazioni simili a quelle dei pazienti. Da un lato si sente sbagliato e colpevole ma, quasi contempo-

raneamente, reagisce con rabbia percependo il proprio accusatore come una persona sbagliata. Si attiva così una lotta in cui ciascuno ha l'obiettivo di dimostrare all'altro tutta la sua indegnità. Si comprende, perciò, perché ci troviamo di fronte a un ciclo. La psicopatologia legata al senso di indegnità crea situazioni relazionali che retroagiscono su esse finendo, a lungo termine, col confermarlo.

È da notare che, in partenza, nessuno dei due partecipanti al ciclo ha come scopo quello di distruggere la relazione. Lo scopo di ciascuno è quello di difendere il senso di sé, ma questi scopi trascinano i partecipanti, loro malgrado, verso la distruzione della relazione.

I cicli interpersonali: la teoria della cura

Abbiamo visto come di per sé il concetto di ciclo interpersonale applicato alla relazione terapeutica sia un concetto descrittivo. Esso cerca di catturare concettualmente quegli episodi relazionali in cui il paziente agisce le sue aspettative interpersonali sul terapeuta e questi si sente spinto ad agire in modo anti-terapeutico. Per passare da un piano puramente descrittivo a un piano terapeutico, dobbiamo chiederci quali siano le implicazioni del verificarsi dei cicli interpersonali per lo sviluppo del trattamento.

Ad un primo esame, l'effetto sulla cura non può che sembrare decisamente negativo. I cicli interpersonali, una volta attivati, confermano le aspettative del paziente che sono alla base della sua patologia nella relazione. Da questo punto di vista i cicli interpersonali appaiono come uno dei maggiori ostacoli alla cura, ostacolo da evitare o da superare il prima possibile.

Tuttavia, ad un esame più attento, le cose si rivelano più complesse, tanto che i cicli interpersonali possono rivelare, al contrario, un importante risvolto terapeutico. Per comprenderlo occorre tornare sul concetto di *reverse*. Abbiamo visto come la strategia di coping prevalente, per evitare di trovarsi nella posizione negativa in cui si subisce l'azione dell'altro, è quella di rovesciare i ruoli in modo che sia il Sé a trovarsi in una posizione di sicurezza. Quando il *reverse* avviene nella relazione terapeutica, il paziente inconsapevolmente o consapevolmente tenta di mettere il terapeuta nella posizione relazionale in cui abitualmente si sente o teme di sentirsi. Grazie a questo processo il terapeuta prova qualcosa di simile a ciò che anche il paziente prova quando si sente nel ruolo negativo previsto dallo schema relazionale. In altre parole, i cicli interpersonali permettono al terapeuta di

raggiungere una comprensione empatica/esperienziale di come si sente il paziente quando si verificano gli assetti temuti dalla relazione, insieme con la tendenza a reagire. Ad esempio, nel caso del ciclo invalidante, il terapeuta avverte sia momenti in cui si percepisce un terapeuta (o una persona) sbagliata con un misto di sentimenti di colpa e vergogna, sia la sensazione di essere ingiustamente accusato e la spinta a dimostrare che è il paziente a essere sbagliato. Se aggiungiamo che spesso il terapeuta avverte, in questi casi, sia l'impulso aggressivo sia il dispiacere a rompere la relazione, ci rendiamo conto che egli viva, e transitoriamente, uno stato mentale caotico dove si mischiano rabbia e colpa, spinta alla rottura e timore di essa. Questo stato mentale è estremamente simile a quello che, in particolare, i pazienti con DBP ci descrivono quando raccontano i loro conflitti interpersonali. Ma, tornando alla nostra affermazione iniziale, perché tutto questo avrebbe un risvolto terapeutico? La risposta può essere data citando l'affermazione di un noto clinico medico: «il modo migliore di conoscere una malattia è prendersela». Quello che accade nei cicli interpersonali è che per un momento i pazienti ci fanno sentire come si sentono, o come temono di sentirsi essi stessi in una relazione. Questo significa per il terapeuta cogliere la possibilità di arrivare a una comprensione non solo intellettuale e cognitiva, ma esperienziale, emotiva ed empatica del vissuto relazionale del paziente. È evidente come questo tipo di comprensione possa risultare estremamente vantaggioso per la terapia per una serie di ragioni. Anzitutto, alcuni cicli interpersonali cronici si attivano molto precocemente in terapia e permettono di farsi un'idea degli stati mentali relazionali del paziente ben prima che sia possibile una loro esplorazione esplicita attraverso il colloquio e i compiti d'auto-osservazione. Il lettore clinicamente più esperto può, per comprendere ciò che vogliamo dire, pensare a un primo colloquio con un paziente con ideazione paranoide. Il terapeuta osserva il paziente che, a sua volta, scruta, osserva, muove gli occhi per cogliere i particolari dello studio, della scrivania, che rimane in silenzio senza rispondere alle domande fissando in viso il terapeuta, oppure lancia delle occhiate di sottocchi quasi a voler cogliere le sue reazioni. A questo punto il terapeuta avverte dentro di sé una situazione di disagio, l'impressione di essere controllato, valutato in ogni sua mossa. Avverte una sensazione di diffidenza verso il paziente e sente di volere evitare di prenderlo in terapia. In altre parole si è formata dentro di lui un'atmosfera paranoica. Quest'atmosfera è simile a quella che vive il paziente nelle relazioni? Molto probabilmente il seguito delle sedute darà una risposta affermativa a queste domande. Attenzione, bisogna notare che nessuno stato mentale del paziente è stato ancora esplorato. Nulla è stato

detto del suo senso di minaccia nella relazione o sulla sua diffidenza o sulla sua selettiva iper-vigilanza alla minaccia interpersonale. Eppure il terapeuta dispone già in forma empatica ed esperienziale di un'ipotesi clinica dettagliata sulla mente del paziente.

Un secondo vantaggio della comprensione empatica/esperienziale è che, dandoci una misura emotiva della difficoltà del paziente, ci dà anche una giusta misura nell'impostazione del trattamento. Prendiamo, per esempio, i pazienti con grave ritiro sociale basato sulla personalità? Come i pazienti con disturbo evitante di fronte al loro isolamento, alla loro mancanza di contatti umani, i terapeuti tendono ad incoraggiare il più possibile la ripresa o l'incremento delle relazioni. Tuttavia, essi stessi, nella relazione con questi pazienti, avvertono, sin dalla prima seduta e per molte sedute a venire, un senso di estraneità, una fatica a mantenere vivo il dialogo, un tempo che non scorre, un desiderio che la seduta finisca presto. È una sensazione simile a quella che si prova in un contesto dove non si conosce nessuno o si è costretti interagire forzatamente con un estraneo. Questa fatica che il terapeuta avverte nell'interazione con questi pazienti è un assaggio della fatica che i pazienti stessi fanno nell'interagire con gli altri esseri umani. La comprensione empatica/esperienziale ci aiuta a comprendere che chiedere loro di socializzare ad ogni occasione è come se a noi chiedessero di andare ogni sera a una festa dove non conosciamo nessuno o di prolungare per un tempo indeterminato la conversazione in ascensore con uno sconosciuto. Questo tipo di consapevolezza permette, perciò, di farsi un'idea concreta e realistica delle difficoltà del paziente e di modulare di conseguenza la strategia di intervento.

Attraverso i cicli interpersonale, inoltre, il terapeuta sperimenta direttamente quello che accade nelle relazioni del paziente. Egli diventa consapevole di come il paziente contribuisca a creare circuiti interpersonali che rinforzano e mantengono la psicopatologia. Trasmettere al paziente questa consapevolezza, acquisita per esperienza diretta, diventa uno degli obiettivi strategici della terapia da perseguire nel tempo e con le modalità opportune. Timing e modalità di comunicazione e spiegazione dei cicli sono essenziali affinché l'intervento possa essere efficace. Una comunicazione troppo precoce e/o un tono troppo pedagogico potrebbero far sentire il paziente come giudicato e completamente responsabile delle sue difficili relazioni, escludendo ogni contributo degli altri partecipanti (partner poco disponibili, genitori invalidanti, capi o colleghi distaccati e critici ecc.).

Infine la comprensione empatica/esperienziale, permette di avere un'idea abbastanza precisa di come si sente il paziente in quel preciso momento

della seduta. Questa comprensione offre al terapeuta l'opportunità di modulare in modo appropriato gli aspetti non verbali della comunicazione. Ad esempio, se il terapeuta si rende conto di trovarsi all'interno di un ciclo in cui compete con il paziente, può avvertire che un tono comprensivo in cui si mostra solidale con le sofferenze di quest'ultimo può risultare urtante e offensivo o essere vissuto come una mossa all'interno di una logica competitiva.

In sintesi, l'attivarsi di cicli interpersonali problematici tra terapeuta e paziente rappresenta, oltre a un rischio, un'occasione per la cura, perché permette al terapeuta una comprensione più completa e terapeuticamente vantaggiosa di come il suo paziente vive le relazioni interpersonali.

È importante una precisazione e una cautela per non essere equivocati. Sarebbe un errore considerare ogni stato mentale del terapeuta e ogni spinta ad un agire anti-terapeutico come indicativo unicamente e con assoluta certezza di un aspetto del paziente, derivando da ciò che qualsiasi vissuto del terapeuta è "diagnostico". La reazione emotiva del terapeuta, o il controtransfert se vogliamo, oltre che alle appena descritte caratteristiche del paziente e della patologia è legato anche alle caratteristiche del terapeuta (Clarkin, Kernberg e Yeomans, 1999), pertanto potrebbe essere anche dovuto a stati mentali che hanno a che fare con le condizioni del momento (stanchezza, burn-out, malessere, ecc.) o con aspetti caratteriali (insicurezza, arroganza, freddezza, ecc.) del terapeuta. Ciò che abbiamo a cuore sottolineare, però, è che nel corso della seduta il terapeuta sia in grado di osservare il proprio stato mentale, riconoscerlo, e chiedersi, più o meno in tempo reale, quanto abbia a che fare con sé o quanto, piuttosto, sia legato al paziente o a quanto sta accadendo in quel momento nella relazione. Trascurare questo aspetto può compromettere gravemente la terapia, mentre saperlo osservare e gestire ha a che fare con la cura e apre a una discussione sulla tecnica di intervento con pazienti disfunzionali sul piano relazionale come quelli con DP.

I cicli interpersonali: la teoria della tecnica

Dal punto di vista della teoria della cura, i cicli interpersonali presentano il vantaggio di permettere al terapeuta di raggiungere una comprensione empatica/esperienziale degli stati d'animo del paziente nella relazione. Dal punto di vista della teoria della tecnica la domanda diventa, allora, come si raggiunge questa comprensione?

Dovendo il terapeuta raggiungere un assetto interiore di comprensione empatica/esperienziale, la tecnica deve essere basata, in primo luogo, su procedure interiori. C'è qualcosa di paradossale nei cicli interpersonali per cui il massimo di comprensione empatica si realizza a partire da una situazione in cui il terapeuta non è affatto spontaneamente empatico con la sofferenza del paziente, al contrario, non vede questa sofferenza e prova spesso sentimenti negativi nei suoi confronti, oppure pur vedendola vorrebbe sottrarsi all'impegno a lenirla. Le operazioni interiori necessarie sono pertanto contro la tendenza spontanea del terapeuta e devono essere tecnicamente orientate. Proprio per questo loro carattere non spontaneo, esse richiedono il ricorso a una disciplina teorica e, per questo, sono state definite operazioni di «disciplina interiore» (Carcione, Nicolò e Semerari, 2016; Semerari, 1999).

Il primo movimento di disciplina interiore consiste nell'assumere un atteggiamento autoriflessivo sul proprio stato interno. Di solito il terapeuta è consapevole del proprio disagio nonché dell'impulso ad agire in modo anti-terapeutico e il suo sforzo è volto a trattenere l'impulso. Nell'esempio del ciclo invalidante il terapeuta è consapevole di essere irritato col paziente ed è impegnato a trattenere la sua reazione. Tuttavia tratta di solito questo stato d'animo come un intralcio non come un oggetto di esplorazione, e la sua attenzione è volta all'esterno a gestire, bene o male, l'interazione col paziente.

Lo sforzo di disciplina interiore consiste nel volgere l'attenzione al proprio interno per divenire consapevoli delle diverse componenti, in questo caso della coesistenza confusa di una rappresentazione di Sé come sbagliato e di Sé come vittima, della colpa e della rabbia, dalla spinta a distruggere la relazione e del dispiacere che a questo si accompagna. Il terapeuta si chiede quanto questo sia legato agli eventi della seduta e quando il diviene consapevole del suo stato mentale sposta il focus della riflessione da sé al paziente. La domanda cui deve tentare di rispondere in questa fase suona così "In che misura lo stato mentale che sto vivendo in questo momento può essere simile a quello che il paziente prova o teme di provare nelle sue relazioni interpersonali?". Due precisazioni vanno fatte per comprendere il lavoro necessario in questa seconda fase delle operazioni di disciplina interiore. La prima è che il terapeuta deve utilizzare appieno tutta la sua conoscenza cognitiva del caso per poter confrontare il proprio stato mentale del momento con quello presunto del paziente. Questo processo di valutazione clinica è necessario, per evitare il rischio che il terapeuta attribuisca arbitrariamente al paziente quello che è un suo

personale stato mentale. È chiaro che non tutti gli stati mentali del terapeuta né tutte le spinte ad un agire anti-terapeutico sono indicative con assoluta certezza di un aspetto del paziente, derivando da ciò che qualsiasi vissuto del terapeuta è “diagnostico”. La reazione emotiva del terapeuta, oltre che alle appena descritte caratteristiche del paziente e della patologia è legato anche alle caratteristiche del terapeuta. Un suo particolare stato mentale potrebbe essere dovuto a condizioni del momento (stanchezza, burn-out, malessere, ecc.) o ad aspetti caratteriali (insicurezza, arroganza, freddezza, ecc.) del terapeuta. È il confronto con ciò che si prova verso il paziente e ciò che sappiamo il paziente vive abitualmente nelle relazioni che ci da una ragionevole sicurezza di poter utilizzare la nostra condizione per la comprensione empatica del paziente. La seconda precisazione riguarda l’espressione “prova o teme di provare”. Il fatto è che quando un paziente opera un rovesciamento dei ruoli l’esito può essere duplice. Il rovesciamento può avvenire in modo totale o parziale. Se avviene in un modo totale lo stato mentale non è condiviso, ma complementare. Se a, ad esempio, il paziente riesce ad umiliare il terapeuta e sentire se stesso come colui che vince nella competizione umiliando l’altro, egli proverà un senso di soddisfatto trionfo complementare al senso di umiliazione che prova il terapeuta. Quest’ultimo dovrà comprendere che il suo sentimento di umiliazione non è simile a ciò che in quel momento sta provando il paziente, ma piuttosto a ciò che, più o meno consapevolmente, il paziente teme di provare. In altri casi il rovesciamento porta a una situazione interiore di stallo in cui nessuno assume nettamente uno dei due ruoli previsti. Rimanendo nell’esempio del ciclo invalidante, terapeuta e paziente proveranno entrambi la spinta rabbiosa a umiliare, il timore di soccombere e venire umiliato e un alternarsi rapido e confuso del sentimento di umiliazione contrapposti a disprezzo. In questo caso gli stati mentali sono realmente simili. È alla fine di questo faticoso processo che il terapeuta può raggiungere una comprensione empatica da cui farsi guidare nell’interazione col paziente.

Le operazioni di disciplina interiore costituiscono “LA” tecnica per volgere in senso terapeutico i cicli interpersonali. Come abbiamo visto essa si realizza all’interno dei processi riflessivi del terapeuta. Ma la domanda e l’interesse degli allievi di solito sono rivolti alla dimensione esplicita dell’intervento terapeutico. Che fare e che dire al paziente quando ci si accorge di trovarsi in un ciclo interpersonale? In altri lavori abbiamo tentato, con i colleghi del III Centro (Dimaggio e Semerari, 2003; Semerari, 1999) di proporre tipologie di intervento che rispondessero a queste domande.

Tuttavia ci siamo accorti che questo dava luogo a equivoci e inconvenienti. Gli allievi tentavano di imparare la parte esplicita della tecnica come se fosse una formula, un canovaccio teatrale e trascuravano la parte fondamentale della teoria che è quella di pervenire a una comprensione empatico/esperienziale. Non esiste una formula più o meno magica da ripetere quando ci si trova in un ciclo interpersonale. Quello che viene detto risulterà utile solo se è basato su una comprensione reale del paziente a cui si perviene pensando prima che parlando.

Tuttavia se si comprende questa premessa, alcuni principi tecnici possono essere formulati. Riassumiamo alcuni principi di base. Anzitutto occorre tener presente la distinzione tra cicli cronici e cicli acuti: i cicli cronici di solito insorgono fin dal primo incontro e si prolungano per numerose sedute. L'intensità delle emozioni e della spinta delle azioni è minore, ma il disagio provato dal terapeuta è prolungato.

In questo lavoro abbiamo descritto il ciclo del distacco che si verifica con i pazienti con ritiro sociale e il ciclo della diffidenza che si verifica con i pazienti che presentano una costante e controllata ideazione paranoide. Sono esempi di cicli cronici che si attivano sin dalla prima seduta e destinati a ridursi, se la terapia procede, dopo un periodo più o meno lungo. La loro presenza immediata suggerisce che questi cicli costituiscano la condizione normale e abituale delle relazioni del paziente. Proprio per questo il paziente è ben lontano dal problematizzarli. Un ciclo cronico costituisce lo sfondo abituale della relazione. Per questa ragione il paziente non lo vive come un momento problematico ed è ben distante dall'essere consapevole della sua importanza. Un intervento immediato ed esplicito in cui si parla direttamente del ciclo rischia, perciò, di risultare troppo distante dalla comprensione del paziente. Pertanto la tecnica, in questi casi, si basa su tre aspetti. In primo luogo il terapeuta deve tollerare il disagio ed evitare di agire in modo da rafforzare la patologia. In secondo luogo deve, attraverso le operazioni di disciplina interiore, pervenire a una comprensione empatico/esperienziale dello stato mentale del paziente. A questo punto l'obiettivo diventa rendere il paziente consapevole dello stato mentale problematico che è alla base del ciclo. Per farlo il terapeuta deve guidare l'esplorazione del paziente tenendo in mente la comprensione empatica a cui è pervenuto attraverso le operazioni di disciplina interiore. Solo quando il paziente è consapevole dello stato mentale e della sua rilevanza diventa agevole discutere le conseguenze interpersonali. Utile per la gestione dei cicli cronici il ricorso a un particolare tipo di condivisione, ovvero fare ricorso a discussioni su argomenti di interesse comune (cinema, sport, ecc.). Tali interventi hanno varie funzioni.

Innanzitutto regolano il tono edonico della seduta favorendo una partecipazione positiva di entrambi alla conversazione (spesso alleggerendo la tensione relazionale), favoriscono il ricordo della seduta e consentono la creazione di un linguaggio condiviso che può ad esempio essere utilizzato per descrivere o nominare alcuni stati mentali o eventi relazionali. Inoltre consentono di utilizzare i temi condivisi come terreno fertile, in un dominio non sintomatico, sul quale descrivere alcuni comportamenti relazionali disfunzionali, simili a quelle del paziente, condividere i problemi che creano e discutere strategie funzionali di gestione. Ad esempio, “Ha presente le bizzarrie di quel calciatore e le sue liti con l’allenatore? Ha visto cosa accade in quel film al protagonista? Si ricorda quella canzone? E che ne pensa? Al posto suo?”. E via di seguito riuscendo a spostarlo esplicitamente e delicatamente sull’effettivo problema relazionale del paziente.

Diversa è la situazione che si viene a creare nei cicli acuti. Un ciclo acuto insorge improvvisamente a partire da uno sfondo relazionale che può essere relativamente buono, a volte in modo persino del tutto inaspettato, ad esempio il paziente idealizzava il terapeuta e improvvisamente lo svaluta. In questo caso, essendo il ciclo insorto improvvisamente su uno sfondo relazionale diverso, il paziente è ben consapevole di una crisi di relazione, di solito lo manifesta esplicitamente. In questi casi il terapeuta non può non affrontare apertamente il problema relazionale. Preciso che non si tratta di un canovaccio per tutti gli usi e che il punto essenziale è la comprensione empatica/esperienziale, proviamo a rispondere, nei limiti del possibile, alle domande tipiche degli allievi: cosa dico e come lo dico?

Per quanto riguarda il primo punto, se il terapeuta ha condotto con cura le operazioni di disciplina interiore, può spesso rendersi conto che sia lui sia il paziente sono intrappolati in un falso dilemma, ad esempio o si disprezza l’altro o si è disprezzati, o si ignora il suo punto di vista e si è indipendenti o si è sottomessi. L’obiettivo dell’intervento esplicito consiste nel negare e superare questi falsi dilemmi. Prendiamo ad esempio il seguente intervento di un terapeuta: «Serena, sembra che oggi uno dei due debba essere sbagliato. O io sono un terapeuta sbagliato che la trascura o lei è una paziente sbagliata che pianta grane e combina disastri. Può darsi che non sempre siamo perfetti nell’interpretare i nostri ruoli, ma questo non vuol dire che siamo sbagliati e che non andiamo bene per lavorare insieme» (Carcione, Nicolò e Semerari, 2016, p. 136). Come si vede il terapeuta tenta di rifiutare il dilemma del ciclo invalidante (uno dei due è una persona sbagliata) e di confutare la premessa (l’errore o la colpa sono indizio che la persona è sbagliata e il conflitto indica che la relazione è sbagliata).

Passiamo ora alla seconda tipica questione che pongono gli allievi: come rivolgersi al paziente?

Posto che è la comprensione empatico/esperienziale che deve guidare il terapeuta nella regolazione della relazione, due principi di stile conversazionale possono essere utili per gestire le situazioni acute dei cicli interpersonali. Il primo è costituito dalla trasparenza della mente del terapeuta. Consiste nel fatto che il terapeuta rende esplicite, il più possibile, le intenzioni dei suoi interventi. Si tratta di ricorrere ad allocuzioni del tipo “Se dico questo è perché...”; “Le faccio questa domanda allo scopo di...”. Il senso di questi interventi è di favorire il più possibile, in pazienti con serie difficoltà metacognitive, la comprensione della mente del terapeuta in situazioni relazionali difficili in cui si possono ingenerare gravi distorsioni. Il secondo elemento dello stile conversazionale è dato dagli interventi di condivisione, in particolare dell’uso del “noi universale”. Si tratta di descrivere l’esperienza del paziente come potenzialmente condivisibile da ogni essere umano e quindi implicitamente anche dal terapeuta. Si tratta di utilizzare allocuzioni del tipo “Mi sta dicendo che attraverso uno di questi momenti di vuoto in cui tutto ci appare senza senso e ci chiediamo perché siamo al mondo?”. Sottolineando l’aspetto condiviso dell’esperienza questo tipo di interventi crea un contesto di sicurezza interpersonale in cui è possibile esplorare il proprio stato interiore senza timore di critiche e di invalidazioni.

Conclusione e limiti

All’interno della grande questione della relazione terapeutica abbiamo trattato un problema limitato e molto specifico, quello dei cicli interpersonali problematici che si attivano nel trattamento dei pazienti con Disturbi di Personalità. Il nostro sforzo è stato di rendere più chiara possibile la formalizzazione del modello distinguendo nettamente il piano descrittivo dagli eventi dalla teoria della cura e questi dall’intervento tecnico. Tuttavia il modello clinico che è alla base di queste discussioni è rimasto sullo sfondo. Questo modello riguarda questioni di grande importanza e in particolare le domande “Perché i cicli interpersonali si attivano con particolare regolarità e forza nei disturbi di personalità rispetto ad altri tipi di pazienti?”; “Quali sono le differenze cliniche tra i diversi tipi di pazienti che giustificano i differenti assetti relazionali?”. Queste questioni potevano solo essere sfiorate in questo articolo, tuttavia la loro mancata trattazione rappresenta un limite che il lettore deve tener presente.

BIBLIOGRAFIA

- Carcione A., Nicolò G., Semerari A. (a cura di) (2016). *Curare i casi complessi: la terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Roma-Bari: Laterza.
- Clarkin J.F., Yeomans F.E., Kernberg O.F. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: Wiley (trad. it.: *Psicoterapia della personalità borderline*. Milano: Raffaello Cortina, 2000).
- Dimaggio G., Montano A., Popolo R., Salvatore G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dimaggio G., Semerari A. (a cura di) (2003). *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Roma-Bari: Laterza.
- Fiore D., Semerari A. (2003). Il disturbo borderline di personalità: il modello. In: Dimaggio G., Semerari A. (a cura di), *I disturbi di personalità. Modelli e trattamento*. Roma-Bari: Laterza.
- Safran D.J., Segal Z.V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy* (trad. it.: Milano: Feltrinelli, 1993).
- Semerari A. (1991). *I processi cognitivi nella relazione terapeutica*. Roma: Carocci.
- Semerari A. (a cura di) (1999). *Psicoterapia cognitiva del paziente grave. Metacognizione e relazione terapeutica*. Milano: Raffaello Cortina.